



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ÍRIS GUILHERME BONFIM

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM FORTALEZA: OURO QUE NÃO BOIA**

FORTALEZA

2012

ÍRIS GUILHERME BONFIM

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM FORTALEZA: OURO QUE NÃO BOIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Cezar Wagner de Lima Góis.

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

-
- B696a Bonfim, Íris Guilherme.
Apoio matricial em saúde mental na estratégia de saúde da família em Fortaleza : ouro que não boia / Íris Guilherme Bonfim. – 2012.
179 f. : il., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2012.
Área de Concentração: Psicologia.
Orientação: Prof. Dr. Cezar Wagner de Lima Góis.
- 1.Pessoal da área de saúde mental – Fortaleza(CE). 2.Cuidados primários de saúde – Fortaleza (CE). 3.Serviços de saúde mental – Fortaleza(CE). 4.Serviços de saúde pública – Fortaleza (CE). 5.Centros de Saúde da Família.I. Título.

CDD 362.12098131

ÍRIS GUILHERME BONFIM

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: OURO QUE NÃO BOIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cezar Wagner de Lima Góis (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Ana Ignez Belém Lima Nunes
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Aos profissionais, gestores e usuários do SUS
em Fortaleza.

AGRADECIMENTOS

A Deus e ao Divino Espírito Santo;

Ao Cezar, mestre e educador biocêntrico e amoroso; agradeço por toda a sua contribuição na minha formação pessoal e profissional, pela orientação, pelo apoio, pela paciência, pelo diálogo estabelecido durante toda a construção desta pesquisa e por me ajudar a acreditar em mim e nas minhas ideias;

Às professoras Ana Ignez e Ivana Barreto pelas valiosas contribuições a esta pesquisa;

Aos profissionais e gestores que contribuíram com a construção dos dados deste estudo;

Aos meus pais, Itamar e Francisca, pelo dom da vida, por sempre respeitarem, acolherem e apoiarem amorosamente todas as minhas escolhas de vida, por mais desafiadoras que elas fossem;

Ao Eduardo, meu amor, marido, amigo e companheiro; pelo carinho, pelo apoio, pelas assessorias em informática, pelas “horas do recreio” e pelo seu esforço em manter financeiramente a nossa casa durante o mestrado;

À Isadora, filha linda e amorosa, pela sua alegria contagiante no olhar e nos gestos, pelos sorrisos, pelos abraços, pelos beijos, pelas batidas na porta do escritório, pela sua encantadora existência...

Aos meus queridos irmãos, Cristiane e Diego; por me ajudarem a sentir desde pequenininha que amor não se divide, se soma; por acreditarem em mim e me auxiliarem sempre que eu precisei;

À Conceição e à Francisca, principalmente, pelo amor e cuidado doados carinhosamente à Isadora;

À Dona Clotildes, minha querida sogra;

Aos amigos do mestrado, pelos momentos de aprendizagem coletiva, em especial, à Elívia e à Aúrea;

À Bárbara, ao Emylio e à Flávia, pela ajuda na relatoria dos grupos focais;

À Narinha, pelas sugestões e pelo apoio em vários momentos da construção dessa pesquisa;

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Psicologia, em especial ao Pascual, por proporcionar ricos momentos de troca e de reflexão sobre o exercício da docência em Psicologia;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Programa REUNI de Orientação e Operacionalização da Pós-Graduação Articulada à Graduação (PROPAG), pelo auxílio financeiro fundamental para a realização deste mestrado;

À Juliana de Paula, à Susana Kramer e ao Cezar (novamente) pela acolhida nas disciplinas da graduação em Psicologia e por me auxiliarem a desvelar as dores e delícias do ser docente em contextos nem sempre convencionais;

À Evelyne Bastos e ao Tófoli, pela parceria na realização do artigo fruto da monografia da Especialização em Saúde da Família e Comunidade;

Aos amigos e amigas que com carinho e apoio me ajudaram nessa caminhada: Eveline Chagas, Seleny Rodrigues, Luciane Alves, Camile Correia, Cinthia Medeiros, Carolina Marangoni, Eliana Paula, Fábio Marangoni, Chico e Aparecida;

Aos profissionais do Instituto Aquilae: Daniele Tavares; Genivaldo; Severo; Gilza; Cintia; Bené e Marta;

Ao Helder Hamilton, pela gentileza e seriedade com que realiza o seu trabalho no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFC;

À professora Veriana, por sua disponibilidade e dedicação ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFC.

“Guardar uma coisa não é escondê-la ou trancá-la.
Em cofre não se guarda coisa alguma.
Em cofre perde-se a coisa à vista.
Guardar uma coisa é olhá-la, fitá-la, mirá-la por
admirá-la, isto é, iluminá-la ou ser por ela
iluminado.
Guardar uma coisa é vigiá-la, isto é, fazer vigília por
ela, isto é, velar por ela, isto é, estar acordado por
ela, isto é, estar por ela ou ser por ela.
Por isso melhor se guarda o vôo de um pássaro
Do que um pássaro sem vôos.
Por isso se escreve, por isso se diz, por isso se
publica, por isso se declara e declama um poema,
Para guardá-lo.
Para que ele, por sua vez, guarde o que guarda.
Guarde o que quer que guarda um poema.
Por isso o lance do poema.
Por guardar-se o que se quer guardar.”

(Antonio Cícero)

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família a partir do seu funcionamento e dos sentidos construídos sobre este Apoio por apoiadores matriciais, profissionais e gestores de Centros de Saúde da Família. A organização do Apoio Matricial é complexa e exige a superação de vários desafios para efetivar a sua execução. Tal Apoio contribui para favorecer o diálogo e a troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais de diferentes áreas da saúde, a fim de ampliar a integralidade da atenção. Segundo Vygotsky e Paulo Freire, há uma relação indissociável no ser humano entre cognição e afetividade. Assim como também entre a realidade social e cultural do sujeito, o desenvolvimento da sua consciência e a sua construção de sentidos sobre a realidade. Partindo desses autores, entende-se que a formação da compreensão pessoal dos profissionais sobre o Apoio Matricial está permeada também pela dimensão da realidade objetiva vivenciada por eles no cotidiano do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, a construção dos dados foi realizada dentro do referencial teórico da pesquisa qualitativa, em três Centros de Saúde da Família de diferentes Regionais de Fortaleza, através dos seguintes instrumentos: entrevista individual semi-estruturada com coordenadores; dois grupos focais com profissionais; e anotações de campo. Para a discussão e análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Os resultados da pesquisa foram organizados a partir de duas dimensões de análise: Organização e funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental nos Centros de Saúde da Família e Sentidos construídos sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental pelos profissionais. A primeira dimensão possui uma categoria, que descreve sobre a organização e o funcionamento do Apoio em cada Centro de Saúde estudado. Já a segunda dimensão foi subdividida em duas: uma para os sentidos dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e outra para os dos apoiadores matriciais. Cada uma dessas dimensões foi subdividida em categorias que surgiram a partir da análise do material dos grupos focais. Os resultados mostram que Apoio Matricial em Saúde Mental com um real envolvimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família acontece de forma esporádica nas três Regionais estudadas e muitos desafios precisam ser enfrentados para sua realização. Na Regional com menor oferta de serviços de Saúde Mental, proporcional a sua população, verificou-se um desafio maior para a realização desse Apoio. Os profissionais e gestores apontaram que os processos de educação permanente contribuem para a organização e qualificação do Apoio Matricial, bem como para um maior envolvimento dos profissionais da Atenção Primária nesse Apoio em dois Centros de Saúde estudados. Houve uma polissemia de sentidos construídos sobre o Apoio Matricial pelos profissionais que traduziu tanto a potencialidade desse Apoio, como os desafios para a sua realização em Fortaleza. Verificou-se a necessidade de um posicionamento mais claro e coeso da gestão sobre a realização do Apoio Matricial para a integração das redes assistenciais de Saúde Mental e de Atenção Primária na cidade.

Palavras-chave: apoio matricial; saúde mental; estratégia saúde da família; atenção primária à saúde; sentidos.

ABSTRACT

The present study aims to understand the Matrix Support in Mental Health with Family Health Strategy from its operation and senses constructed on this support by matrix supporters, professionals and managers of the Family Health Centers. The organization of the Matrix Support is complex and requires overcoming several challenges to enforce its implementation. This support contributes to promoting dialogue, exchanging knowledge and experiences among professionals from different areas of health, in order to extend the integrality of care. According to Vygotsky and Paulo Freire, there is an inseparable relationship in human beings between cognition and affectivity. Also between the social and cultural reality of the subject, the development of their consciousness and their construction of meanings about reality. Starting from these authors, it is understood that the formation of personal understanding of professionals about the Matrix Support is also permeated by the size of the objective reality experienced by them in their daily work in health. In this perspective, a construction of the data was performed within the theoretical framework of qualitative research, at three Family Health Centers in different areas of Fortaleza, with the following instruments: semi-structured individual interviews with coordinators, two focus groups with professionals and field notes. For discussion and data analysis we used the technique of content analysis. The survey results were organized from two dimensions of analysis: organization and operation of the Matrix Support in Mental Health at the Health Centers for Family and Senses built on the Matrix Support in Mental Health by practitioners. The first dimension has one category, describe about the organization and operation of Supporting in each Health Centre studied. The second dimension was subdivided into two: one for the senses of Family Health Strategy professionals and another for matrix supporters. Each of these dimensions has been subdivided into categories that emerged based on analysis of the material from focus groups. The results show that Matrix Support in Mental Health with a real involvement of professionals from the Family Health Strategy occurs sporadically at the three areas studied and many challenges must be faced in its implementation. In an area with a lower provision of Mental Health, proportional to its population, there was a greater challenge to achieve this Supporting. Professionals and managers indicated that the permanent education processes contribute to the organization and qualification of the Matrix Support, as well as greater involvement of Primary Care professionals with this support in two health centers. There was a polysemy of meanings built on the Matrix Support by practitioners that translated the potentiality of this support and the challenges to their achievement in Fortaleza. There is a need for a clearer and cohesive positioning of the management about the realization of Matrix Support to the integration of care networks for Mental Health and Primary Care in the city.

Keywords: matrix support; mental health; family health strategy; primary health care; senses.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CSF	Centro de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SER	Secretaria Executiva Regional
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – RELAÇÃO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA PARA VIABILIZAR A CONSTRUÇÃO DE DADOS COM CADA PARTICIPANTE.....	61
QUADRO 2- QUADRO COMPARATIVO COM DADOS DAS TRÊS REGIONAIS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA.....	62
QUADRO 3 – QUADRO COM A CORRELAÇÃO ENTRE OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA, AS DUAS DIMENSÕES DE ANÁLISE DOS DADOS E OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS DADOS.....	63
QUADRO 4 – EXEMPLO DO QUADRO TEMÁTICO S6-E6, PARA EXPLICAR COMO FOI A ORGANIZAÇÃO E CODIFICAÇÃO DOS QUADROS TEMÁTICOS PARA ANÁLISE DO MATERIAL DAS ENTREVISTAS.	68
QUADRO 5 - EXEMPLO DO QUADRO TEMÁTICO G2 – PROFISSIONAIS DA ESF, PARA EXPLICAR COMO FOI A ORGANIZAÇÃO E CODIFICAÇÃO DOS QUADROS TEMÁTICOS PARA ANÁLISE DO MATERIAL DOS GRUPOS FOCAIS.	69
QUADRO 6 – QUADRO COM A EXPLICAÇÃO DOS SIGNIFICADOS DOS CÓDIGOS ENCONTRADOS NOS QUADROS TEMÁTICOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL DOS GRUPOS FOCAIS.	70
QUADRO 7 – QUADRO COM AS CATEGORIAS DA DIMENSÃO DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NOS CSF.....	70
QUADRO 8 – QUADRO COM AS CATEGORIAS DA DIMENSÃO DOS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL PELOS PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA.	71
QUADRO 9 – CARACTERÍSTICAS DO FUNCIONAMENTO DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NOS TRÊS CSF PESQUISADOS	73

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	20
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.1.1	<i>Atenção Primária à Saúde</i>	20
2.1.2	<i>Saúde Mental</i>	27
2.1.3	<i>Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família</i>	33
2.2	CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS EM PAULO FREIRE E EM VYGOTSKY	42
2.2.1	<i>Construção de Sentidos em Paulo Freire</i>	43
2.2.2	<i>Construção de Sentidos em Vygotsky</i>	46
3	PERCURSO METODOLÓGICO	53
3.1	CARACTERIZAÇÃO PRELIMINAR DO ESTUDO.....	53
3.2	O CONTEXTO GERAL DA PESQUISA.....	54
3.2.1	<i>A Escolha dos três Centros de Saúde da Família e da População da Pesquisa</i>	58
3.2.2	<i>O Contexto das Regionais</i>	61
3.3	INSTRUMENTOS DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS	63
3.4	PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	66
4	FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL	72
4.1	NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELÍVIA	75
4.2	NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA EMYLIO	80
4.3	NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÁUREA.....	87
5	SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELOS PROFISSIONAIS	98
5.1	SENTIDOS DOS PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL	99
5.1.1	<i>As questões sociais do campo de atuação</i>	100
5.1.2	<i>As condições de trabalho nos CSF, o apoio da gestão para a realização do trabalho na ESF e a saúde dos trabalhadores</i>	106
5.1.3	<i>O Apoio Matricial em Saúde Mental</i>	110

5.1.4	<i>A interação entre os profissionais que atuam na APS.....</i>	<i>116</i>
5.1.5	<i>O Apoio Matricial em Saúde Mental e os processos de Educação Permanente</i>	<i>124</i>
5.2	SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESF PELOS PROFISSIONAIS APOIADORES DOS CSF.....	128
5.2.1	<i>O Apoio Matricial em Saúde Mental</i>	<i>129</i>
5.2.2	<i>A interação entre profissionais no Apoio Matricial em Saúde Mental.....</i>	<i>139</i>
5.2.3	<i>A gestão e suas orientações para o Apoio Matricial em Saúde Mental</i>	<i>146</i>
5.2.4	<i>Resultados do Apoio Matricial em Saúde Mental para os Apoiadores</i>	<i>150</i>
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
	REFERÊNCIAS	165
	APÊNDICES.....	174
	ANEXOS	178

1 INTRODUÇÃO

O interesse na realização desse estudo surgiu a partir de experiências práticas e teóricas que vivenciei no trabalho como profissional de saúde no município de Fortaleza, nas quais tive a oportunidade de exercer várias funções em que a articulação entre a Atenção Primária¹ e a Saúde Mental era necessária.

Participei ativamente da reorganização e ampliação da Rede de Saúde Mental na cidade, na qual houve a criação de 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Até 2005, o município só tinha 3 CAPS e a assistência as pessoas com transtornos mentais era quase que exclusivamente realizada em hospitais psiquiátricos.

Em consonância com as transformações na Saúde Mental (SM), a partir de 2006, também houve uma ampliação significativa na Rede Assistencial de Atenção Primária à Saúde (APS) do município com a expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 15% para 43,44% (FORTALEZA, 2007).

Entretanto, além da ampliação de cobertura das Redes Assistenciais de Saúde Mental e da Estratégia de Saúde da Família era necessário investir na integração entre essas redes. O Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2003), desde 2003, apontava a importância da integração entre essas redes assistenciais e sugeria o Apoio Matricial (AM) como estratégia para a inclusão de ações de Saúde Mental na APS. A Política Nacional de Humanização também indica o AM (BRASIL, 2004, 2008a) como uma importante ferramenta para a humanização dos serviços de saúde e para qualificar e ampliar a integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS).

O conceito de Apoio Matricial foi criado por Campos (2003, 1999, 1998) em uma linha de pesquisa direcionada para a reforma do trabalho e das organizações em saúde e só, posteriormente, passou a ser estimulado pelo MS (BRASIL, 2003, 2004, 2008a, 2009).

Portanto, o MS (BRASIL, 2003; 2009) e vários estudos (SOUSA *et al.*, 2011; FIGUEIREDO; CAMPOS, R., 2009; 2008; DIMENSTEIN *et al.*, 2009; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008) destacam a importância da integração entre as redes assistenciais de APS e de SM para que a Reforma Psiquiátrica brasileira continue avançando. Além disso,

¹Neste projeto de pesquisa os termos Atenção Básica, Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde serão utilizados como sinônimos.

referem o AM em SM para equipes da ESF como uma possibilidade para contribuir com a integração dessas redes.

De acordo com Campos R *et al.* (2011, p. 4648):

O apoio especializado Matricial é um arranjo que visa dar suporte às equipes da Atenção Primária através do compartilhamento de situações de trabalho cotidianas produzindo uma corresponsabilização pelos casos. Ele pode ocorrer através de discussões compartilhadas de casos, intervenções conjuntas no território, atendimento conjunto, planejamento das ações ofertadas, visando sempre o aumento da capacidade resolutiva da equipe, a aproximação e a desfragmentação entre a UBS e as Unidades de Referência, a melhoria da clínica dos atores envolvidos, a ampliação e a qualificação das ofertas no território e a capilarização de saberes técnicos.

Sendo assim, o AM em SM na ESF possibilita uma organização do trabalho em saúde que permite uma aproximação maior dos profissionais da Saúde Mental com os profissionais da APS. Caracteriza-se como um sistema complementar ao de referência e contrarreferência da Atenção Especializada. Permite que os profissionais da ESF ampliem o seu conhecimento e as suas habilidades para atender pessoas em sofrimento psíquico e com transtornos mentais. Bem como, facilita uma troca ativa de experiências, conhecimentos e sentimentos entre profissionais dessas duas áreas (BONFIM, 2009). Portanto, o AM tem o objetivo de contribuir com a ampliação da clínica dos profissionais que o realizam e para ampliar o diálogo entre profissionais e serviços de diferentes áreas da saúde (CAMPOS; CUNHA, 2011).

Em estudo avaliativo sobre a integração entre as redes de APS e de SM em uma grande cidade brasileira, Campos R *et al.* (2011, p. 4650) afirmaram que:

O apoio matricial como dispositivo técnico-pedagógico se mostrou importante para definir fluxos, qualificar as equipes, promover assistência conjunta e compartilhada. É um arranjo que, aliado à existência de reuniões de equipe, sejam elas para discussões de casos clínicos ou para organização de processos de trabalho, pode: ampliar o poder resolutivo local, alterar a lógica compartimentalizada de referência/contra referência, pensar ações intersetoriais ampliadas, promover projetos terapêuticos em parceria e corresponsabilizar as outras instituições pertinentes no processo de atenção à saúde mental.

Contudo, a organização do trabalho em Apoio Matricial é uma tarefa complexa, pois a sua realização exige o enfrentamento de muitos obstáculos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Campos, em artigos com outros colaboradores (CAMPOS, DOMITTI, 2007; CAMPOS, CUNHA, 2011), aponta vários desafios ou obstáculos para a realização do AM, dentre os quais podemos citar: os estruturais; os organizacionais, os políticos, os subjetivos e culturais, os epistemológicos e os éticos. Ao apontar esses desafios, o autor afirma que é

exatamente a presença desses obstáculos que fortalece a necessidade de novas estratégias de organização do trabalho em saúde, como o Apoio Matricial.

Por enquanto, farei uma reflexão de forma breve sobre alguns desses obstáculos, a saber: obstáculos estruturais, organizacionais e epistemológicos. De acordo com Campos e Cunha (2011), os desafios estruturais revelam que a implantação do SUS ainda é parcial e insuficiente para atender as necessidades de atenção à saúde da população. Além disso, os autores apontam que ainda existem grandes dificuldades de organização do SUS para a integração da sua rede assistencial.

Campos e Cunha (2011) apontam também os desafios organizacionais ou gerenciais. Tais obstáculos estão relacionados aos estruturais, mas também dependem da organização do sistema de saúde pelos atores locais, tais como: os profissionais e os gestores.

Desta forma, Campos (2000) refere que a lógica de organização dos serviços de saúde é tradicionalmente centrada em procedimentos e em enfermidades, o que contribui para que o profissional realize um trabalho alienado, com um olhar limitado para o processo de saúde e doença. Já Campos e Rattes (2008) afirmam que, no funcionamento tradicional dos serviços de saúde, a clínica, em geral, é reduzida a terapêutica com fármacos, o que prejudica a atenção integral ao usuário e desvaloriza outras áreas do conhecimento importantes para favorecer a integralidade.

Outro desafio destacado para a realização do AM é o epistemológico. De acordo com Campos e Cunha (2011), entre as profissões na saúde há um imaginário de exclusão mútua e competitividade. Com isso, os autores apontam que as profissões da saúde estabelecem uma relação com o saber que busca a delimitação de fronteiras rígidas em cada profissão. Assim, afirmam que entre os profissionais da saúde há pouca “capacidade para lidar com a incerteza, com a interdisciplinaridade inerente aos problemas complexos da área de saúde e que produz uma baixa vocação para o aprendizado fora do núcleo disciplinar.” (CAMPOS, CUNHA, 2011, p. 964). Portanto, isso contribui para a pouca disponibilidade de alguns profissionais para o diálogo e para o trabalho em equipe.

A breve explanação desses desafios demonstra o quanto é complexa a organização do trabalho em Apoio Matricial, já que está exigindo uma abertura dos profissionais para o trabalho colaborativo, para o diálogo, para a troca de conhecimentos e de experiências. Contudo, apesar da disposição dos profissionais para a realização do AM ser fundamental,

essa disposição, por si só, não garante que o AM aconteça, pois é necessário também um contexto organizacional que facilite a sua execução.

No caso do AM em SM investigado nesta pesquisa, o compartilhamento das situações de trabalho ocorre entre profissionais de SM (psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras etc), que trabalham em CAPS e que atuam como apoiadores matriciais em Centros de Saúde da Família (CSF), e profissionais da equipe mínima da ESF (médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde - ACS).

Sendo Assim, Oliveira (2008) refere que a organização do trabalho em AM demanda:

[...] uma série de condições de organização do serviço e do processo de trabalho, de agenda, de fluxos e de disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, para se tornar possível. Uma equipe que não se reúne, que não se encontra, dificilmente conseguirá operar o apoio matricial. Nesses casos, a implementação do Apoio Matricial deve vir estrategicamente acompanhada de dispositivos e arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe. (OLIVEIRA, 2008, p. 267).

Sendo assim, a organização do trabalho em AM depende de aspectos objetivos, como a disponibilidade de serviços e a organização do processo de trabalho para a atuação conjunta entre serviços e profissionais, e de aspectos subjetivos, como a disponibilidade dos profissionais para a troca de conhecimentos e para a valorização do saber de outras categorias profissionais. Entretanto, apoiada nos marcos teóricos desta pesquisa, compreendo que a construção da organização do AM em SM se dá no entrelaçamento desses aspectos objetivos e subjetivos, na medida em que eles fazem parte de uma mesma realidade e influenciam-se mutuamente.

Nesse sentido, atrelada com a minha percepção sobre a complexidade envolvida na organização do AM em SM, surgiram também alguns questionamentos que incentivaram a realização desse estudo, tais como: Como está sendo estimulada a organização do AM em SM na ESF em Fortaleza? Como essa organização acontece nos CSF? Como os profissionais percebem e vivenciam esse processo de trabalho? Quais são os desafios enfrentados por profissionais e gestores para a realização do AM em SM em Fortaleza? O que os profissionais da ESF e os apoiadores matriciais pensam e sentem sobre o AM em SM? Como são as relações entre os profissionais de CAPS e da ESF que realizam o AM em SM? Como compreender o AM em SM a partir de aspectos objetivos e subjetivos necessários para sua realização?

Desta forma, a minha formação profissional como psicóloga me estimulava a olhar também com muita curiosidade para os aspectos subjetivos importantes na realização do AM em SM. Então, a fim de fundamentar teoricamente os aspectos subjetivos que serão estudados nesta pesquisa, trago o conceito de sentido, mais especificamente de construção de sentidos do sujeito, a partir da perspectiva de dois autores: Vygotsky e Paulo Freire.

De acordo com Vygotsky (2005; 2001) existe uma relação de interdependência e complementaridade entre pensamento e afeto, entre cognição e afetividade. Segundo o autor, é no significado da palavra, como unidade entre a linguagem e o pensamento, que a união entre o intelectual e o afetivo se evidencia. Sendo assim, o autor aponta dois elementos no significado da palavra: o primeiro deles é o significado socialmente convencionado da palavra, o conceito dicionarizado, que é a parte mais estável do significado; já o segundo componente, refere-se ao sentido. O sentido é o significado pessoal que o sujeito atribui à palavra, a partir das suas experiências, da sua compreensão de mundo e a partir do contexto no qual a palavra é utilizada. Portanto, o sentido de uma palavra é móvel, inconstante e está ligado aos motivos pessoais e aos conteúdos intelectuais e afetivos do sujeito.

Nesta perspectiva, Freire (1980) também aponta a importância do sentido das palavras, só que a partir do processo educativo. Desta forma, o autor chama atenção para a relação entre a palavra e o ser que a designa, ressalta a importância de palavras que estão relacionadas com as experiências de vida dos estudantes e afirma que estas possuem um forte conteúdo emocional e estão carregadas de sentido existencial.

Sendo assim, a partir das ideias de Vygotsky e de Paulo Freire, compreendo nesta pesquisa que a construção de sentidos no ser humano é atravessada pelas relações sociais que a pessoa estabelece no seu cotidiano, pelo universo cultural do sujeito e é historicamente determinada. Contudo, não está presa ou reduzida unicamente a essas relações sociais. O sentido representa também a singularidade do sujeito e a sua possibilidade de recriar e reconstruir os signos apreendidos pela inter-relação que estabelece com os outros indivíduos da cultura.

Portanto, os aspectos subjetivos relacionados ao AM foram compreendidos neste estudo, principalmente, a partir desta primeira pergunta de partida: Quais são os sentidos construídos sobre o AM em SM pelos apoiadores matriciais e por profissionais da ESF?

Em artigo recente sobre avaliação de cuidados inovadores, no qual o Apoio Matricial é incluído como uma forma de cuidado inovador, Campos R *et al.* (2012, p. 47)

apontam que “faltam dados na literatura que abordem as impressões e sentimentos das equipes e usuários considerando os diferentes arranjos e estratégias de funcionamento” inovadores dos serviços de saúde. O que também vem corroborar a importância de compreender a dimensão dos sentidos construídos sobre Apoio matricial em Saúde Mental pelos profissionais da ESF e do CAPS que participam desse Apoio.

Em contrapartida, a compreensão do AM em SM, somente a partir dos sentidos dos profissionais sobre este Apoio, ainda deixaria a desejar. Pois, a minha experiência como gestora também me impulsionava a querer compreender alguns aspectos objetivos importantes para a realização do AM em SM nos CSF. Até porque, é através da realidade objetiva vivenciada pelos profissionais nos serviços, que estes constroem os seus sentidos sobre o AM. Portanto, uma segunda pergunta de partida dessa pesquisa é: Como é organizado o funcionamento do AM em SM nos CSF?

Assim, esse estudo tem o desafio de compreender o AM em SM a partir de dimensões objetivas e subjetivas. Diante disso, o objetivo geral desta pesquisa é compreender o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família a partir do seu funcionamento e dos sentidos construídos sobre este Apoio por apoiadores matriciais, profissionais e coordenadores de Centros de Saúde da Família.

Destarte, a compreensão da dimensão objetiva se dá a partir do primeiro objetivo específico desta pesquisa, que é compreender a organização e o funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental em três Centros de Saúde da Família. Tal objetivo foi estudado através de entrevistas individuais com coordenadores de CSF, em um grupo focal com profissionais da ESF, em outro grupo focal com apoiadores matriciais e através de anotações de campo (MONTEIRO, 2006) da pesquisa. Também, para a melhor contextualização deste estudo, foram utilizados dados quantitativos referentes à cobertura e distribuição dos serviços de saúde em cada Regional de CSF estudado.

Já a dimensão subjetiva foi percebida a partir do segundo objetivo específico que é analisar os sentidos construídos sobre AM em SM pelos profissionais de CAPS e da ESF que o realizam. Portanto, este segundo objetivo será estudado através de dois grupos focais: um com três profissionais da ESF e outro com quatro apoiadores matriciais.

Há ainda, nesta pesquisa, um terceiro objetivo específico que visa contribuir com a implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza.

Desta forma, apresentarei agora como está disposta a organização deste estudo. O item dois traz o capítulo que aborda o marco teórico-conceitual da pesquisa. Assim, inicialmente será realizada uma apresentação teórica das Políticas Públicas de Saúde no Brasil que são relevantes para o AM em SM na ESF. Ainda neste item serão expostas também as ideias de Vygotsky e de Paulo Freire que são importantes para a concepção teórica e metodológica deste trabalho.

Já o terceiro item deste estudo apresenta detalhadamente o percurso metodológico da pesquisa e inclui dados importantes para a contextualização dos CSF que participaram deste trabalho.

Posteriormente, os itens quatro e cinco trazem a análise e interpretação dos dados da pesquisa, a partir de duas dimensões de análise: Organização e funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental nos Centros de Saúde da Família; e Sentidos construídos sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família pelos Profissionais que o realizam.

Finalmente, o item seis apresenta as considerações finais desta pesquisa e, em seguida, vêm às referências, os apêndices e os anexos utilizados na elaboração deste estudo.

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Este capítulo traz as teorias e pressupostos que fundamentam esta pesquisa. Assim, inicialmente será realizada uma apresentação das políticas públicas de Atenção Primária à Saúde e de Saúde Mental, bem como a compreensão teórica do Apoio Matricial e do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Posteriormente, serão apresentados os pressupostos da Teoria Histórico-Cultural da Mente e de Paulo Freire que são importantes para a compreensão da construção de sentidos dos sujeitos neste trabalho.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Este item tem por objetivo trazer as teorias e os pressupostos que fundamentam este estudo. A primeira parte traz a ideia do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Básica no Brasil, a partir da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A segunda parte faz uma trajetória histórica da Política de Saúde Mental e do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, especificando o cenário dos últimos anos da cidade de Fortaleza.

2.1.1 Atenção Primária à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil surge com a Constituição de 1988, que garante, no artigo 196º, que saúde é um direito de todos e dever do Estado. O SUS é fruto de uma importante mobilização da sociedade brasileira, principalmente do Movimento de Reforma Sanitária (BLEICHER, 2003). Tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade; e, como princípios organizativos, a acessibilidade, a resolubilidade, a regionalização, a descentralização, a hierarquização e a participação popular. (ANDRADE *et al.*, 2004)

O princípio da hierarquização (BLEICHER, 2003) prevê que o sistema de saúde tenha vários níveis de “complexidade” da atenção. Por maior “complexidade”, no sentido do princípio da hierarquização, entende-se um maior grau de aparato tecnológico. Assim, a

Atenção Primária à Saúde (APS) seria o primeiro nível de assistência à saúde da população, principal porta de entrada dos usuários do sistema de saúde, no qual os atendidos estariam voltados para a solução dos problemas de saúde mais comuns da comunidade, exigindo menos aparatos tecnológicos. Entretanto, isso não significa que seja uma atenção de baixa qualidade, pois o trabalho na APS também é complexo, deve ser realizado por profissionais generalistas qualificados e envolve uma atenção curativa, de reabilitação, de promoção e de prevenção da saúde dos usuários do sistema. (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2008; BLEICHER, 2003).

Já o nível secundário envolve equipamentos com maior densidade tecnológica e profissionais especialistas. Geralmente, a atenção secundária corresponde à rede ambulatorial desenvolvidas em policlínicas, centros de saúde e hospitais de pequeno porte. O nível terciário corresponde aos grandes hospitais com equipamentos de alta tecnologia e profissionais altamente especializados.

Assim, de acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2008, p. 806-807)

A breve existência do SUS e os conflitos filosóficos e pragmáticos advindos dos aspectos inovadores incorporados por esse sistema geraram um ambiente propício para a implementação de políticas de saúde que viessem melhor estruturar esses princípios organizativos e transformá-los em ação efetiva. A ESF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir o acesso à atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de se coordenar a assistência à saúde.

A Estratégia de Saúde da Família - ESF (VIANA; DAL POZ, 1998; ANDRADE *et al.*, 2004; BLEICHER, 2003; GÓIS, 2008) surge oficialmente em 1994, como uma proposta de inversão do modelo de atenção à saúde centrado no hospital que vigorava até então no Brasil. A intenção era consolidar os princípios do SUS, reorganizando a assistência à saúde baseado em um modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) e em experiências inovadoras de atenção à saúde que aconteciam em alguns lugares do Brasil (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2008).

Então, o inicialmente Programa de Saúde da Família (PSF) configurou-se como estratégia estruturante do SUS e tornou-se um modelo brasileiro de Atenção Primária à Saúde (APS). Posteriormente, o PSF passou, então, a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por se tratar de uma estratégia para estruturar a APS no Brasil. Esta Estratégia surgiu a partir das contradições do modelo hegemônico de assistência à saúde e da influência de experiências inovadoras em cidades brasileiras. Algumas dessas experiências valorizavam

mais o saber e a vida da própria comunidade, como é o caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (LAVOR *et al.*, 2004) criado aqui no Ceará em 1986. Já outras experiências tiveram marcadamente uma dimensão teórico-prática como é o caso dos modelos técnico-assistenciais em Defesa da Vida, Silos e Ação Programática de Saúde (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2008).

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2008, p. 804), a ESF é efetivada

[...] mediante estratégias/ ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das *Equipes de Saúde da Família*, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na *unidade familiar* e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da *comunidade* em que está inserido.

A ESF é o primeiro componente, a principal porta de entrada dos usuários do SUS. É a responsável pela resolução dos problemas mais comuns de saúde da população, contudo o seu real impacto na saúde dos usuários vai depender de uma eficiente articulação com outras redes assistenciais: rede de urgência e emergência, rede de serviços de atenção à saúde mental, ambulatorial especializada, hospitalar de média e alta complexidade (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2008).

Ainda segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2008), a ESF tem potencialidade para resolver até 90% das demandas de assistência à saúde e capacidade para ordenar a demanda para a atenção especializada, contribuindo para o manejo terapêutico de pacientes que precisam dos cuidados de outras redes assistenciais, bem como evitando desperdício de recursos da saúde.

Cada Equipe de Saúde da Família (EqSF) é formada por um grupo interdisciplinar de profissionais: enfermeiro, médico generalista, auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além desses profissionais, também podem ser integrados à Equipe de Saúde da Família o dentista (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2008) e o Técnico em Higiene Dental. Esses profissionais são responsáveis por prestar assistência à saúde de aproximadamente quatro mil pessoas (BRASIL, 2006), que convivem numa mesma área geográfica e dividem aspectos socioculturais semelhantes de organização do modo de vida.

De acordo com Andrade *et al.* (2004), a ESF prioriza a promoção da saúde em suas bases teóricas e possui a integralidade da atenção como um princípio norteador. As intervenções da ESF devem ter como foco a família e a comunidade, entendendo a

determinação social do processo saúde-doença sem, no entanto, desprezar a clínica e a abordagem individual. Ainda segundo esses autores, os profissionais que atuam na ESF foram formados apenas para a atenção individual. Apontam a necessidade de um importante processo de aprendizagem para que esses profissionais possam atuar de acordo com o princípio da integralidade.

Desta forma, foi principalmente a ESF que permitiu um acréscimo significativo do acesso da população brasileira aos serviços de saúde, especialmente a mais pobre, possibilitando que os profissionais de saúde atendessem à população perto das suas casas, do seu lugar de vida e moradia. Entretanto, apesar da proposta da ESF ter como objetivo atuar no contexto familiar e comunitário (ANDRADE *et al.*, 2004) é muito comum que os profissionais da ESF, principalmente os médicos, enfermeiros e dentistas, tenham ainda um modelo de atuação bastante centrado em um enfoque biomédico, no qual é privilegiado o olhar sobre o fator orgânico, biológico, descontextualizado das condições concretas de vida da população atendida (GOIS, 2008). Houve uma aproximação dessa população, uma ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas as duras e concretas realidades de vida dessa população muitas vezes passam à margem da atuação dos profissionais de saúde. Ainda é muito forte um modelo de atuação centrado em procedimentos e no saber médico (MERHY, FRANCO, 2003).

Nesse sentido, Merhy e Franco (2003) fazem algumas críticas à Estratégia de Saúde da Família² e afirmam que, apesar da Estratégia adotar as diretrizes de territorialização e de vínculo, a partir da adscrição de clientela de uma população específica em um determinado contexto geográfico que possuem formas semelhantes de organização do modo de vida, essas diretrizes não garantem que haja modificação no processo de trabalho dos profissionais de saúde. De acordo com esses autores, o processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família parece ainda seguir a lógica do modelo médico hegemônico, pois, apesar de haver um direcionamento para práticas multiprofissionais, não há dispositivos que contribuam para operar mudanças de forma ampla no fazer cotidiano de cada profissional, “nos microprocessos do trabalho em saúde” (MERHY, FRANCO, 2003, p. 43).

² Merhy e Franco (2003) nesse artigo usam a expressão Programa de Saúde da Família e não Estratégia de Saúde da Família, talvez isso possa ter acontecido pelo ano da publicação do artigo. Entretanto, ao ser referido nesta pesquisa, será adotada a expressão Estratégia de Saúde da Família.

“Territorialização e vínculo de uma dada população às equipes, são ideias nucleares à proposta do Programa de Saúde da Família. São por excelência expedientes gerenciais que estruturam os serviços. A referência territorial tem sido importante desde os primórdios e usada, principalmente, como ferramenta da epidemiologia em serviço. O Vínculo tem sido usado como um modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e a sua população usuária. Por si só, essas ferramentas não mudam o perfil dos serviços de saúde, sua forma de produção e seu núcleo de trabalho medicocentrado, porque agem sobre a arquitetura do programa, mas não na sua essência, isto é, no modo como se produz o cuidado a partir dos diversos fazeres construídos no cotidiano, nas relações estabelecidas entre trabalhadores entre si, trabalhadores e conformações tecnológicas do agir em saúde, e entre os trabalhadores e os usuários.” (MERHY, FRANCO, 2003, p. 21)

A partir da reflexão sobre as contradições da ESF, Merhy e Franco (2003) afirmam também que todos os profissionais de saúde deveriam reaprender...

[...] o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. Este é um território pôr onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade profissional está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário. (MERHY, FRANCO, 2003, p. 47)

Desta forma, Merhy e Franco (2003) parecem colocar em dúvida a efetividade do trabalho interdisciplinar no Programa de Saúde da Família e apontam para a necessidade de uma prática profissional que estimule relações mais solidárias.

Já os autores Andrade, Barreto e Bezerra (2008) afirmam que existe uma diversidade significativa de experiências da ESF nas várias cidades brasileiras, que variam de acordo com o tempo de implantação da Estratégia, com a capacitação dos profissionais, com o compromisso dos gestores, com o financiamento e com o apoderamento comunitário. Para esses autores,

[...] qualquer simplificação da descrição das especificidades do modelo de atenção incorporado pela ESF seria um típico exemplo de falácia ecológica, em virtude da grande diversidade de experiências e peculiaridades de cada experimento de implementação. (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2008, p. 810)

Diante disso, compreendo que existem vários modelos de atenção à saúde que podem ser identificados na prática cotidiana dos profissionais que atuam na ESF e que as contradições apontadas por Merhy e Franco (2003) coexistem com as importantes conquistas do SUS com a criação e ampliação da ESF. Entretanto, ainda são muitos os desafios a ser superados. De acordo com Góis (2008), os êxitos alcançados com a ampliação da atenção primária e da ESF “ainda são modestos diante dos desafios que a realidade sanitária impõe aos serviços e profissionais de saúde e à própria população” (GÓIS, 2008, p. 112).

De acordo com Harada e Furtado (2009) o SUS é “considerado por especialistas como a reforma setorial em saúde mais importante no cenário mundial nos últimos anos” (HARADA, FURTADO, 2009, p. 102). Entretanto, destacam que apesar de ser um sistema de saúde abrangente e universal, existe uma distância enorme entre o seu ideário e a sua representação prática. Os autores referem que a ampliação da ESF e do PACS representa uma inquestionável expansão da oferta de serviços de saúde para a população brasileira. Contudo, isso não garantiu mudanças substanciais no modelo de atenção. Estes autores apontam como um dos desafios do SUS a ampliação e a qualificação da atenção básica.

Neste sentido, Andrade, Barreto e Bezerra (2008) também apontam muitos desafios para o SUS e a ESF, dentre os quais podemos destacar: a

[...] capacitação dos gestores para o exercício de gestão da atenção primária, focada nas famílias e comunidades; capacitação dos profissionais de saúde trabalhadores das equipes de saúde da família e alinhamento das filosofias de exercício profissional da atenção primária e da atenção especializada; mudanças nos cursos de graduação da área da saúde para formação de profissionais generalistas, comprometidos com os princípios do SUS, [...] adequando a formação dos profissionais de saúde do país às necessidades de saúde da população; investimento na integralidade das ações da ESF e aprimoramento da integralidade para garantia de uma APS mais resolutiva; [...] monitoramento e avaliação dos programas no nível local; estabilidade das relações profissionais e de trabalho [...]; garantia de mecanismos formais de participação popular em busca de uma ESF mais responsiva às necessidades locais (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2008, p. 830).

Com o intuito de superar alguns dos desafios apontados acima, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b) criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. O objetivo do NASF é qualificar a ESF, ampliando a integralidade e a resolubilidade das ações das equipes de Saúde da Família (SF). A equipe do NASF é formada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que vão atuar em conjunto com os profissionais da Saúde da Família, “compartilhando e apoiando as práticas de saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes” da ESF (BRASIL, 2009, p. 7).

O NASF pode possuir profissionais das seguintes áreas de atuação: saúde da criança/do adolescente e do jovem - pediatra; saúde mental – psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa - fisioterapeuta; fonoaudiólogo; alimentação e nutrição - nutricionista; serviço social - assistente social; saúde da mulher - ginecologista; assistência farmacêutica - farmacêutico; atividade física/ práticas corporais - profissional da Educação Física; práticas integrativas e complementares - homeopata, médico acupunturista, fisioterapeuta acupunturista, psicólogo acupunturista. (BRASIL, 2009; 2008b)

A organização dos processos de trabalho do NASF deve ter como foco o seu território de abrangência e ser estruturado a partir do

[...] atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc (BRASIL, 2009, p. 8).

O Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2009) ainda aponta outras possibilidades de atuação dos profissionais, que devem ser desenvolvidas em parceria com as equipes de Saúde da Família no território, como: o apoio a grupos terapêuticos; as ações interdisciplinares e intersetoriais; os trabalhos educativos e de inclusão social; e os enfrentamentos das situações de violência e de ruptura social.

Para o MS (BRASIL, 2009), o correto entendimento da expressão “apoio” é central na proposta do NASF e está diretamente relacionada aos conceitos de Apoio Matricial e Equipe de Referência. Afirma ainda que

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. (BRASIL, 2009, p. 12).

No que se refere à área de Saúde Mental, desde 2003, o Ministério (BRASIL, 2003) já apontava o Apoio Matricial como uma diretriz para a inserção das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Contudo, o financiamento específico para isso só foi instituído com a portaria do NASF (BRASIL, 2008b). Ou seja, só há financiamento para ações de apoio matricial a partir do NASF, não havendo incentivo financeiro para que a atenção especializada realize essa atividade, até mesmo na área da Saúde Mental, na qual já há algum tempo o Ministério indicava que os profissionais de CAPS realizassem essas ações na Atenção Básica. A partir do incentivo a este financiamento, a cidade de Fortaleza implantou 27 equipes de NASF³ em 2009, passando a existir, então, profissionais de CAPS e de NASF realizando ações de Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF na cidade.

Nesta pesquisa, o AM estudado é realizado a partir do Apoio em SM para profissionais da ESF, desenvolvido por profissionais que trabalham nos CAPS de Fortaleza. Pois, nos CSF estudados, não havia profissionais do NASF que realizassem um trabalho em conjunto com profissionais da ESF há pelo menos um ano, tempo que foi utilizado com critério de participação dos profissionais de saúde neste estudo.

³ Informação verbal obtida com uma assessora técnica da Atenção Básica da SMS de Fortaleza.

2.1.2 Saúde Mental

A história da psiquiatria no Brasil é uma história marcada pelo asilamento, “é a história de um processo de medicalização social” (AMARANTE, 1994, p. 74). De acordo com Amarante (1994), foi somente com a chegada da família real que a loucura passou a ter a intervenção do Estado. Nesta época, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro ajudou a fazer um diagnóstico de como estava a situação dos loucos na cidade e, ainda segundo este autor, as poucas referências apontavam que estes loucos eram encontrados preferencialmente

[...] dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias, são ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental. (AMARANTE, 1994, p. 75)

Assim, para “cuidar” desses loucos, em 1852, foi criado no Rio de Janeiro o Hospício de Pedro II, o primeiro hospício do Brasil. Desde então, durante a maior parte da história do Brasil, as pessoas com transtorno mental tinham como tratamento o seu isolamento em hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1994).

As várias experiências de reforma psiquiátrica que surgiram após a Segunda Guerra Mundial passaram durante muito tempo à margem dos investimentos públicos no Brasil, Amarante (1994) destaca as seguintes reformas: comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva e comunitária, antipsiquiatria e psiquiatria democrática. Ainda segundo este autor, uma das dificuldades de implantação dessas reformas no Brasil devia-se ao fato de que o Estado brasileiro estava controlado pelo setor privado. Na área da saúde, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), na década de 1960, agravou ainda mais essa situação.

O estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente, nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar. (AMARANTE, 1994, p. 79-80)

Assim, nesse contexto de privatização de todo o setor saúde, que culminou com a crise da Previdência Social no início dos anos mil novecentos e oitenta, surge o movimento de Reforma Sanitária.

A crítica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas construíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico. (TENÓRIO, 2002, p. 32)

A criação do novo modelo de saúde defendido pela Reforma Sanitária foi delineado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BLEICHER, 2003), parte do documento final dessa conferência transformou-se na lei da Constituição Federal que criou o Sistema Único de Saúde, em 1988 (GÓIS, 2008).

Segundo Silva *et al.* (2010), ainda no período de redemocratização do Brasil, no final da década de 1970, surgiu também um movimento que questionava a natureza do saber, as práticas e as instituições psiquiátricas, é o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Segundo Tenório (2002), no ano de 1987 ocorreram dois eventos importantes para a incorporação de novos protagonistas ao Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Neste ano, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental lançou o lema “Por uma sociedade sem Manicômios” (AMARANTE, 1994) e denunciou “os maus-tratos e o desrespeito aos direitos humanos das pessoas internadas em Hospitais Psiquiátricos” (SILVA *et al.*, 2010).

Em 1987, também houve a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo (GOLDBERG, 1996). Esse CAPS possibilitou a experiência concreta e inovadora de que era possível a atenção a pessoas com transtornos mentais graves em um serviço diferente do modelo manicomial, pois

[...] percebia-se como a “ciência psiquiátrica” tomava como foco de atenção o sintoma, e despreocupava-se do “resto”: o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura, sua vida cotidiana, elementos que constituem precisamente o campo de inerência de tais sintomas. O tratamento despersonalizado e desinteressado em hospitais e ambulatórios é consequência dessa atitude. (GOLDBERG, 2001, p. 35)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), os CAPS são serviços abertos e comunitários, que prestam atendimento clínico diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e realizam acompanhamento clínico e reinserção social dessas pessoas, através do fortalecimento dos laços familiares e comunitários, do exercício dos direitos civis, do lazer e do estímulo ao trabalho. Sendo assim, a partir dessa definição de CAPS (BRASIL, 2005a), entendo, em conjunto com o meu orientador, que a atuação dos profissionais do

CAPS deve acontecer na confluência entre ações da Atenção Primária à Saúde e dos serviços especializados. Já que, a compreensão da atenção psicossocial envolve a importância de ações voltadas para o atendimento clássico na saúde, as consultas individuais, mas também envolve a construção de ações de prevenção e promoção em saúde.

Outra significativa experiência para o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP, em 1989. Segundo Kinoshita (1997), a intervenção neste hospital psiquiátrico aconteceu depois de várias denúncias de maus tratos, superlotação, falta de pessoal e após mortes violentas de usuários que ocorreram dentro deste hospital. Após essa intervenção, foi criado o Programa de Saúde Mental na cidade que tinha como diretrizes:

- construção e reconstrução dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico;
- criação de um modelo assistencial totalmente substitutivo ao modelo manicomial;
- transformação cultural da discriminação, estigma e exclusão em relação às pessoas com sofrimento psíquico (KINOSHITA, 1997, p. 75)

Essas experiências estimularam o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira e a criação de serviços tipo CAPS em vários lugares do país. O Ministério da Saúde regulamentou nacionalmente esses serviços em 1991, com a portaria 189, e em 1992, com a portaria 224 (TENÓRIO, 2002). Entretanto, a liberação de uma linha específica de financiamento para os mesmos só aconteceu em 2002 (BRASIL, 2005a).

Outra importante conquista do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreu em 2001, com a promulgação da Lei 10.216, que redireciona o modelo de assistência em saúde mental e dispõe sobre o direito das pessoas com transtornos mentais. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, só acontece no contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001.

A partir de então, a Política Nacional de Saúde Mental passa progressivamente a estimular a criação de uma rede de serviços territorializados, abertos e comunitários, substitutivos aos hospitais psiquiátricos, objetivando reduzir aos poucos estes últimos. De acordo com Bastos (2009), a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde consiste na implantação de urgências, leitos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais; na criação de CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos; na inserção das ações de saúde mental na Atenção Básica; e na articulação entre a Estratégia de Saúde da Família e os serviços de

Saúde Mental. Contudo, tem-se dado ênfase à criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Vários autores (BASTOS, 2009; FIGUEREDO, CAMPOS, R., 2008) apontam que os CAPS sozinhos não dão conta de toda a complexidade envolvida na atenção à saúde das pessoas com transtorno mental e alguns autores (FIGUEREDO; CAMPOS, R., 2008; 2009; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DIMENSTEIN *et al.*, 2009; TÓFOLI; FORTES, 2007) destacam a importância fundamental da articulação entre as ações dos serviços de Saúde Mental e as ações dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Partindo de um olhar nacional sobre a Reforma Psiquiátrica para um olhar mais singularizado no estado do Ceará, aqui, esse movimento ganhou força com a promulgação da Lei Estadual Mário Mamede (n °12.151, de 29/07/1993) e a criação dos primeiros CAPS do estado implantados no interior, nas cidades de Iguatu, em 1991; Canindé, em 1993; Quixadá, em 1993; Icó, em 1995; e Cascavel, em 1995 (SAMPAIO; SANTOS, 2001).

Sampaio e Santos (2001), ao falarem sobre a experiência dos CAPS no interior do Ceará e o movimento de Reforma Psiquiátrica no estado na década de 1990, afirmaram na época que...

Fortaleza tem se caracterizado como bastão da resistência a reforma psiquiátrica, sobretudo por causa da concentração de hospitais psiquiátricos, o poder do velho impedindo o surgimento do novo (SAMPAIO; SANTOS, 2001, p 130).

A construção de uma Política de Saúde Mental para a cidade de Fortaleza, tendo como base os valores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, só aconteceu a partir de 2005. Até aquele ano, a atenção às pessoas com transtorno mental no município era realizada em três CAPS e em sete Hospitais Psiquiátricos: um público, dois filantrópicos e quatro particulares e conveniados ao SUS (BASTOS, 2009).

De acordo com Silva *et al.* (2010), de 2005 a 2009 houve uma ampliação significativa nos serviços comunitários tipo CAPS em Fortaleza, de 3 para 14, demonstrando uma mudança do modelo hospitalocêntrico para um modo de atenção psicossocial. Entretanto, os autores destacam que apesar do expressivo avanço, isso não assegura a Reforma Psiquiátrica na cidade. Referem, para isso, à implantação de várias ações e estratégias com o objetivo de garantir uma mudança qualitativa no atendimento em saúde mental e, dentre as várias estratégias utilizadas, citam o processo de educação permanente em saúde e a implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família.

Ainda sobre a questão da atenção psicossocial em Fortaleza, Bastos (2009) aponta algumas dificuldades nos CAPS da cidade, afirmando que estes funcionam com uma demanda maior do que a capacidade instalada e que isso prejudica o atendimento em situações de crise e limita o acesso da população a esse serviço. Além disso, a autora destaca que o excesso de demanda favorece um ambiente que provoca prejuízo à saúde do trabalhador.

Entretanto, a Rede Assistencial de Saúde Mental da Cidade de Fortaleza não é formada só por CAPS, mas estes representam o maior número de serviços de saúde mental da cidade. Dos 14 CAPS existentes no Município: seis são voltados para o atendimento de pessoas com transtorno mental grave; seis são voltados para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas; e dois são voltados para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Os outros serviços da Rede Assistencial são duas Residências Terapêuticas; três Ocas de Saúde Comunitária⁴ e doze leitos em um Serviço de Internação Hospitalar para Desintoxicação na Santa Casa da Misericórdia.

Apesar de Bastos (2009) e Silva *et al.* (2010) reconhecerem os importantes avanços conquistados nos últimos anos pela Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, estes autores destacam algumas fragilidades nessa rede que dificultam a consolidação da Reforma Psiquiátrica na cidade, dentre as quais podemos ressaltar a ínfima disponibilidade de leitos de internação em Hospitais Gerais e a inexistência de apenas hospitalidade noturna em CAPS tipo III⁵. No primeiro semestre de 2012, foi inaugurado o primeiro CAPS tipo III da cidade de Fortaleza, o que demonstra outra conquista significativa para a Rede Assistencial de Saúde Mental. Entretanto, insuficiente, diante das necessidades, historicamente negligenciadas, de atenção à saúde mental no município.

Além disso, Silva *et al.* (2010) também apontam outras necessidades identificadas na Rede de Saúde Mental da cidade, como: a ampliação do número de Residências Terapêuticas para atender aproximadamente a 80 pessoas que são moradoras de hospitais psiquiátricos; o aumento dos leitos para internação de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas; o controle da porta de entrada das duas emergências que fazem internações psiquiátricas em Fortaleza; o aumento do número de Ocas de Saúde Comunitárias; a criação de ambulatórios de saúde mental; a implantação de Centros de

⁴ Oca de Saúde Comunitária – espaço no qual acontecem ações de promoção à saúde da comunidade, através de atividades que estimulam o resgate da auto-estima, como a terapia comunitária e a massoterapia (FORTALEZA, 2007).

⁵ No início de 2012, um CAPS geral tipo II foi transformado em CAPS tipo III, ou seja, passou a existir na cidade pelo menos um CAPS que realiza hospitalidade noturna.

Convivência e Cultura⁶; e a ampliação do Apoio Matricial em Saúde Mental para todas as equipes de Saúde da Família.

Assim, a partir desses autores (BASTOS, 2009; SILVA *et al.*, 2010) e da minha vivência como trabalhadora e gestora da Saúde Mental em Fortaleza é impossível deixar de ver as grandes mudanças na Rede Assistencial de Saúde Mental da cidade. Entretanto, também é impossível deixar de ver os desafios impostos a profissionais, gestores e usuários dessa mesma Rede. Devo confessar que, a complexidade desses desafios, às vezes, fazia-me sentir pequena diante de tantas dores provocadas muitas vezes pela falta de condições mínimas para uma vida digna e tinha a sensação descrita por Silva *et al.* (2010) de estar “enxugando gelo”. Contudo, em outras tantas vezes, esses desafios impulsionavam-me, pois, mesmo com pouco, era possível ver grandes transformações na vida de algumas pessoas. O trabalho como apoiadora matricial em Saúde Mental na ESF deixava-me mais perto desses desafios que me impulsionavam, pois essa ação acontecia, muitas vezes, antes do transtorno chegar e, até mesmo nos atendimentos em situações de crise, era mais fácil o contato com a família e o acompanhamento depois. A visita domiciliar, nesses casos, também era feita, depois do atendimento de emergência, pelos próprios profissionais das equipes de saúde da família e, muitas vezes, já na primeira visita, os profissionais identificavam algumas mudanças simples, mais que faziam a diferença na vida das pessoas atendidas.

O trabalho no CAPS, em muitos momentos, assemelhava-se ao trabalho em ambulatório pela pouca flexibilidade de ações fora do serviço e da quase inexistência de um trabalho em rede, justificada, em muitos momentos, pela grande demanda de usuários que batiam à porta da instituição e pela forma de financiamento dos CAPS (na qual o pagamento é realizado por procedimento). Entretanto, essa é uma percepção minha, que foi formada a partir da época em que trabalhei como gestora na Saúde Mental, entre os anos de 2005 e 2007, e como psicóloga em um CAPS ad na cidade, entre os anos de 2007 e 2009. Nesta época, praticamente não havia profissionais de saúde mental contratados para atuar exclusivamente na atenção básica, o que só aconteceu a partir da segunda metade de 2009, com a contratação das equipes do NASF.

⁶ Centros de Convivência e Cultura são serviços públicos que fazem parte da rede de serviços abertos e substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que oferecem para as pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade e produção cultural. Estes serviços não oferecem os atendimentos tradicionais dos serviços de saúde. Neles, busca-se articular a vida cotidiana das pessoas com transtornos mentais com a vida cultural da cidade (BRASIL, 2007).

2.1.3 Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família

Esse item visa esclarecer melhor o conceito de Apoio Matricial utilizado neste trabalho. Segundo Campos e Domitti (2007), a proposta do Apoio Matricial (CAMPOS, 1999, 1998) foi criada dentro uma linha de pesquisa voltada para a reforma do trabalho e das organizações em saúde. Assim, ao criar o Apoio Matricial como “um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde” (CAMPOS, DOMITTI, 2007), Campos (1998, 2000) propõe um modelo de gestão alternativo à racionalidade gerencial hegemônica. Para o autor, tal racionalidade é baseada no modelo taylorista de administração, que concentra poder nas mãos dos gestores e contribui para a alienação dos trabalhadores, separando quem pensa e quem faz.

Desse modo, como acadêmico e gestor, Campos (1999; 2003; 2000) faz uma crítica à forma tradicional de funcionamento dos serviços de saúde, que são habitualmente organizados de forma vertical, hierárquica e burocrática, contribuindo para o estabelecimento de relações impessoais e para a alienação do trabalhador em relação ao seu objeto de trabalho.

Nesse sentido, Campos (2003; 2000; 1998) aponta a importância da democratização das instituições de saúde, sugere a criação de espaços coletivos para estimular a gestão compartilhada dos processos de trabalho e contribuir para uma maior consciência e responsabilidade do trabalhador. Assim, o autor propõe um método denominado por ele de Método da Roda ou Método Paidéia (2000) e objetiva com essa metodologia contribuir com a gestão e o planejamento em saúde, estimulando a ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos Sujeitos envolvidos no processo de trabalho na saúde.

Nesse sentido, o conceito de Apoio Matricial surge dentro de um contexto no qual o seu autor também é um gestor da área da saúde, e como tal compreende o Apoio Matricial como uma importante estratégia para a organização dos serviços de saúde, afim de ampliar a sua qualidade e resolutividade.

A partir do conceito de Apoio Matricial, Campos (1999; CAMPOS, DOMITTI, 2007) propõe que os serviços especializados passem a ser horizontais, facilitando as trocas de saberes e a comunicação ativa entre os profissionais, através do oferecimento de apoio especializado, ou seja, Apoio Matricial. Tal Apoio deve ser oferecido para equipes de referência, que são profissionais responsáveis por uma clientela adscrita e acompanhariam

essa clientela ao longo do tempo, ampliando a possibilidade de construção de vínculo entre profissionais e usuários, semelhante ao que é preconizado para a ESF.

A proposta do Apoio matricial sugere uma mudança radical na posição do especialista, anteriormente baseada principalmente nos sistemas hierarquizados de referência e contra-referência, nos quais um profissional “menos especializado” encaminha para outro “mais especializado”, em geral, a partir de uma folha com um encaminhamento ou através de um sistema de computação. De maneira tal, que esses profissionais não mantinham nenhuma forma de comunicação sobre a situação da pessoa que estava sendo atendida, a não ser aquela que manda os protocolos de encaminhamento.

A ideia do Apoio Matricial é que o especialista passe a ter uma postura mais horizontal e dialógica com os outros profissionais que não dominam a sua área de conhecimento. Indo até os serviços de saúde onde esses profissionais trabalham e estabelecendo com estes uma troca de conhecimentos através de atuações conjuntas (consultas conjuntas, visitas domiciliares, atuação em grupos de forma compartilhada etc.) e da discussão de casos.

De acordo com Campos e Domitti (2007, p. 401),

Há duas maneiras básicas para o estabelecimento desse contato entre referências e apoiadores. Primeiro, mediante a combinação de encontros periódicos e regulares – a cada semana, quinzena ou mais espaçados – entre equipe de referência e apoiador matricial. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Recomenda-se reservar algum tempo para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. Segundo, além desses encontros, em casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, como na lógica dos sistemas hierarquizados o profissional de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador.

Com isso, Campos (1999) parte da suposição de que são necessárias algumas diretrizes para a organização do trabalho em saúde em Apoio Matricial e Equipes de Referência. As diretrizes apontadas são as seguintes: Vínculo Terapêutico; Gestão Colegiada e Transdisciplinaridade das práticas e dos saberes. A diretriz de Vínculo Terapêutico refere-se diretamente à Equipe de Referência, que tem por finalidade um acompanhamento nos serviços de saúde com maior vinculação entre profissionais e usuários. Uma das formas de ampliar esse vínculo é a adscrição de clientela, na qual os profissionais são responsáveis por

acompanhar um determinado número de usuários e de construir com estes uma relação de confiança e um acompanhamento ao longo do tempo, com o que é recomendado para a ESF.

No entanto, outros autores (DELFINI, REIS, 2012; BONFIM, 2009; CARNEIRO *et al.*, 2009; MIELKE, OLCHOWSHY, 2010; SOMBINI, 2004) e o próprio MS (BRASIL, 2009) apontam também a importância de estimular a construção de vínculo também entre os profissionais da equipe de referência e os apoiadores matriciais, pois o fortalecimento do vínculo entre os profissionais possibilita a construção de relações mais solidárias entre os trabalhadores da rede de saúde e facilita as trocas de experiências entre eles.

Já a diretriz de Gestão Colegiada aponta que a organização de equipes de referência e de apoio matricial “depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional” (CAMPOS, DOMITTI, 2007, p. 404). De acordo com Bonfim (2009), essa organização precisa de projetos de trabalho pactuados coletivamente entre profissionais e gestores, exigindo autonomia e responsabilidade destes para a efetivação desses projetos coletivos. Sobre este aspecto, Dimenstein *et al.* (2009) apontam que a execução de uma proposta como a do Apoio Matricial envolve uma grande quantidade de pessoas e a sua elaboração e efetivação não depende apenas de uma decisão centralizada de gestão, mas de parcerias entre todos os atores envolvidos no processo, objetivando tomadas de decisões de forma compartilhada e pactuada.

No que se refere à diretriz de Transdisciplinariedade das práticas e dos saberes, Campos e Rattes (2008) destacam que a organização do trabalho em saúde a partir do modelo biomédico, contribui para a fragmentação do processo de trabalho e para a concentração de poder no profissional da medicina. Segundo os autores, isso limita a compreensão dos profissionais sobre o processo saúde-doença e estimula a desvalorização do saber de outros núcleos do conhecimento imprescindíveis para a integralidade da assistência e para a ampliação da clínica.

Desta forma, Campos e Cunha (2011) ressaltam a importância dos conceitos de Núcleo e de Campo de conhecimento, que são complementares à proposta do Apoio Matricial e da Equipe de Referência. Nesse sentido, esses dois conceitos contribuem para facilitar a permeabilidade das rígidas fronteiras entre as profissões da área da saúde, abrindo espaço para a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade, sem negligenciar a importância do trabalho específico de cada profissão ou especialidade. Assim, o conceito de Núcleo faz referência ao conhecimento e às atividades que são características de uma determinada profissão ou

disciplina. Já o conceito de Campo está ligado a um conjunto de conhecimentos importante para ser compartilhado entre todas as profissões que atuam em um determinado contexto, afim de que esses profissionais possam melhorar a qualidade do trabalho que desempenham.

Sendo assim, Campos (1999) parte da suposição que a organização do trabalho a partir dessas diretrizes possibilitaria “uma superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico” (CAMPOS, 1999, p. 395). Além disso, ressalta a importância do Apoio Matricial e da Equipe de Referência como formas de organização do processo de trabalho na saúde que facilitam a abertura dos profissionais para o diálogo e para assumirem compromissos com a saúde dos usuários. Entretanto, o autor reconhece que a complexidade dessas mudanças a impossibilita de acontecer em um curto espaço de tempo.

De acordo com Campos e Domitti (2007) um dos objetivos do Apoio Matricial é criar um espaço em que ocorra um intercâmbio de conhecimentos entre as várias profissões e especialidades. É como se o Apoio Matricial permitisse a construção de uma brecha, de uma possibilidade para que o trabalho interdisciplinar aconteça no SUS. Entretanto, os mesmos autores apontam que ele não garante que a integração disciplinar possa acontecer, pois esta não ocorre automaticamente nem é de simples execução. E ainda apontam vários obstáculos para a sua implantação, como: os obstáculos que decorrem do excesso de demanda, devido à implantação dos SUS ainda ser parcial e não atender de forma suficiente a necessidade de saúde da população; obstáculo político e de comunicação, no qual os autores afirmam que a tradição das organizações de saúde é de centralização de poder, havendo pouco espaço para uma organização mais democrática do processo de trabalho; obstáculo subjetivo e cultural, no qual os autores apontam que há pouco espaço nas organizações para o trabalho interativo e dialógico e que existe a necessidade de abertura dos profissionais para fazerem e receberem críticas construtivas sobre os processos de trabalho; obstáculo ético, no qual destacam a complexidade das situações que exigem sigilo profissional; e o obstáculo epistemológico, no qual é destacada a restrição com que grande parte dos profissionais compreende o processo saúde-doença, ressaltando, como exemplo disso, o modelo biomédico e os processos de trabalho fragmentados e centrados em procedimentos (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Desta forma, Campos e Cunha (2011) e Campos e Domitti (2007) acreditam que a organização dos serviços de saúde dentro da lógica da proposta do Apoio Matricial e das Equipes de Referência esbarra nesses obstáculos. Entretanto, paradoxalmente, também acreditam que tal proposta contribui para a diluição, pelo menos, dos obstáculos

organizacionais, na medida em que estimula outra lógica de organização e de comunicação entre os serviços, os profissionais e os gestores.

Nesse sentido, Carvalho e Cunha (2008) referem que a gestão do cotidiano dos serviços de saúde é um espaço de produção e de cristalização de modelos de atenção à saúde. Estes autores acreditam que os modelos de atenção à saúde fazem...

[...] a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde; sendo um dos fatores que condicionam a viabilidade do Sistema Único de Saúde ao lado dos que fazem referência à macropolítica (Estado, Políticas Públicas) e à macroeconomia (financiamento, custos, orçamentos). Desta forma, modelos se apresentam por um lado, como uma tradução pragmática das regras legislativas que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticos, econômicos e sociais. De outro lado, decorrem da ação política de sujeitos individuais e coletivos que disputam a orientação do sistema de saúde (CARVALHO, CUNHA, 2008, p. 838).

Com isso, Carvalho e Cunha (2008) colocam que a organização de serviços de saúde não segue apenas uma simples lógica administrativa do sistema de saúde. Essa organização é fruto da utilização de determinados valores, de determinados saberes e de determinadas técnicas, que influenciam diretamente no tipo assistência prestadas pelos serviços de saúde. Esses autores destacam que a reflexão constante dos profissionais de saúde e a compreensão do conceito do que é saúde e do que é doença é fundamental para a reorganização desses serviços. Apontam, ainda, para a necessidade de repensar a prática clínica, ampliando-a para além do biológico (incluindo a singularidade do sujeito e seu contexto social e cultural) e valorizando a clínica como um espaço de encontro entre o trabalhador e o usuário do sistema de saúde.

Sendo assim, o Apoio Matricial tem a intenção de contribuir com a ampliação da clínica das Equipes de Referência. Por ampliação da clínica, Campos (2003) entende a inclusão no trabalho dos profissionais de saúde de vários determinantes do processo saúde e doença, não reduzindo a clínica aos aspectos biológicos e à doença. Pretende-se somar à prática clínica os aspectos relacionados ao sujeito e ao seu contexto, incluindo, assim, as dimensões subjetivas, sociais e culturais.

Contudo, este estudo tem o interesse de compreender uma forma mais específica de Apoio Matricial, que é o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família. Desta forma, o Apoio Matricial em Saúde Mental na APS tem a intenção de contribuir com a ampliação da clínica na ESF. De acordo com Figueiredo e Campos R (2008) a proposta do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica consiste em que

[...] os profissionais possam aprender a lidar com os sujeitos em sua complexidade, incorporando as dimensões subjetiva e social do ser humano, mas que estejam acompanhados por alguém especializado que lhes dê suporte para compreender e intervir neste campo. No apoio matricial da saúde mental conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos profissionais de saúde de uma equipe, de modo a auxiliá-los a ampliar sua clínica e sua escuta, a acolher o sofrimento psíquico e a lidar com a subjetividade dos usuários. Seria uma oferta do núcleo profissional 'psi' ao campo dos profissionais da saúde, na construção de um novo saber, um saber que se pretende transdisciplinar. (FIGUEIREDO, CAMPOS, R., 2008, p. 147).

Desta forma, os profissionais da saúde mental, nos momentos de Apoio Matricial, passam a atuar em conjunto com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família contribuindo para que esses possam compreender melhor as pessoas que estão em sofrimento psíquico, possibilitando uma escuta mais qualificada e sensível para questões subjetivas e sociais.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) os profissionais da atenção básica lidam cotidianamente com problemas de “saúde mental” e revelam que “56% das equipes de saúde da família referiram realizar ‘alguma ação de saúde mental’.” (BRASIL, 2003, p. 3) Entretanto, a pesquisa de Figueiredo e Campos R (2009), sobre apoio matricial em saúde mental na atenção básica na cidade de Campinas, aponta que profissionais da atenção básica, que trabalhavam em unidades de saúde que possuíam equipe de saúde mental, avaliaram “que a sua formação não contribui para que possam intervir no campo da Saúde Mental” (FIGUEIREDO, CAMPOS, R., 2009, p. 133). As autoras referem que na narrativa desses profissionais foi marcante “a expressão de angústia ao entrar em contato com o sofrimento” (FIGUEIREDO, CAMPOS, R., 2009, p. 133) e que esses profissionais também demonstraram “certo medo” para lidar com pacientes considerados da Saúde Mental.

Já a pesquisa de Dimenstein *et al.* (2009), em Natal, sobre apoio matricial em saúde mental com profissionais da ESF, aponta que estes não se sentem capacitados para acolher a demanda cotidiana de saúde mental que chega na atenção básica, indicando “a necessidade de apoio e instrumentalização nesse campo” (DIMENSTEIN *et al.*, 2009, p. 63).

Segundo Figueiredo e Campos R (2008, p. 145), na atenção em Saúde Mental na APS, os profissionais atendem a uma demanda para além dos transtornos psíquicos leves mais comuns, pois:

[...] são diversos os problemas advindos das faltas concretas na vida, geradas pela ordem socioeconômica vigente. A miséria em que se encontra a maior parte da população brasileira, sobretudo na periferia das grandes cidades, se traduz em condições de existência favoráveis às dificuldades afetivas, emocionais e relacionais.

Desta forma, os desafios em relação à formação dos profissionais para a prática do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica não estão associados apenas às equipes da ESF. Tradicionalmente, os profissionais da Saúde Mental, principalmente os psicólogos e os psiquiatras, possuem a uma atuação clínica que deixa a desejar no contexto de sua atuação na APS. Os psiquiatras, na sua grande maioria, possuem uma formação centrada no biológico e na medicação (CAMPOS, R.; GAMA, 2008).

Já a formação em psicologia é marcada por modelos universalistas de compreensão do aparelho psíquico e a atuação dos profissionais traz, geralmente, a aplicação de modelos terapêuticos também universais (SPINK, 2007). Assim, Ferreira Neto (2011) refere que a clínica tradicional da formação em psicologia é elitizada, voltada para a atuação do profissional de psicologia como profissional liberal em consultório privado, privilegia os aspectos individuais e dá pouca ênfase às questões sociais e à promoção de saúde.

Nesse sentido, Góis (2012) aponta a importância da psicologia e das políticas públicas olharem para o sofrimento cotidiano da população oprimida. Segundo o autor, principal fonte de transtornos mentais, crises existenciais e enfermidades da população atendida na ESF. Desta forma, Góis (2012, p. 12) destaca a necessidade de uma prática de atenção psicológica “consciente da necessidade de integração entre cuidado, prevenção e promoção em saúde mental” e aponta que as práticas psicológicas apoiadas em modelos de intersíquicos teriam melhor desempenho no trabalho do profissional de psicologia em políticas públicas.

De acordo com Figueiredo e Campos R (2008), a articulação entre ações e serviços de saúde é fundamental para uma boa assistência na Saúde Mental. As autoras afirmam que a integralidade pretendida pelo SUS só poderá ser alcançada através da troca de saberes e da inclusão de um processo de trabalho interdisciplinar, trazendo uma mudança nas práticas e nas estruturas de poder estabelecidas na saúde.

Recentemente, Campos R *et al.* (2011, p. 4650), em um artigo que relata uma pesquisa de avaliação sobre a integração entre as Redes de APS e de SM em Campinas, referem que o apoio matricial ajuda na definição dos fluxos entre as duas redes assistenciais, na qualificação das equipes envolvidas e a promover uma atuação conjunta com responsabilidades compartilhadas.

Entretanto, Campos R *et al.* (2011) também apontam desafios e afirmam que a integração entre os serviços da APS e de SM ainda é pequena, pois existe uma alta

rotatividade dos profissionais na APS e constantes mudanças nas formas de organização dos serviços a cada eleição municipal. Em relação à rotatividade dos profissionais, os autores levantaram algumas hipóteses, como: a fragilidade do vínculo de contratação dos profissionais, que é realizado por empresas terceirizadas e possui grande quantidade de contratos de trabalhos temporários; a falta de perfil dos profissionais para trabalharem na APS; e as condições de trabalho, pois a carência de profissionais associada à alta rotatividade sobrecarrega as equipes e dificulta a articulação entre as redes assistenciais.

Dessa forma, a pesquisa de Campos R *et al.* (2011) parece mostrar que desafios estruturais, provocados pela falta de uma política responsável de contratação de profissionais para o SUS, tem uma influência direta na organização e no funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental e da APS.

Em Campinas, cidade na qual o Apoio Matricial em Saúde Mental foi implantado a partir de 2001 (FIGUEIREDO, CAMPOS, R., 2009), a implantação desse arranjo aconteceu em conjunto com uma estratégia mais ampla, que envolvia a implantação de uma adaptação do Programa de Saúde da Família ao contexto sanitário da cidade e ao Método Paidéia (CAMPOS, 2000). O município possui profissionais de saúde Mental na Atenção Básica desde a década de 1970, é referência no processo de Reforma Psiquiátrica e possui seis CAPS III, com funcionamento 24 horas e leitos para usuários em crise (FIGUEIREDO, CAMPOS, R., 2009). Atualmente, conta com “uma equipe de Saúde Mental para cada 30.000 habitantes, presente em 30 UBS para apoio às equipes de saúde da família no atendimento aos portadores de sofrimento mental” (CAMPOS, R. *et al.*, 2012, p. 44). As equipes de Saúde Mental fazem atendimentos ambulatoriais e oferecem Apoio Matricial para as equipes de saúde da família. São equipes formadas por psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras. A cidade possui uma taxa de cobertura CAPS por 100.000 habitantes de 1,23, o que é considerada uma taxa de cobertura muito boa para o MS. Em relação às unidades de saúde, possui uma para cada 20.000 habitantes, com equipes ampliadas de Saúde da Família (Campinas, 2009).

Desta forma, a pesquisa de Campos R *et al.* (2011) mostrou que Campinas, mesmo com toda essa estrutura de serviços, principalmente de Saúde Mental, tem dificuldades para manter a lógica de funcionamento do Apoio Matricial.

Assim, trazendo um pouco do cenário dos serviços de saúde em Fortaleza, pode-se perceber que o desafio para colocar em prática o AM em SM é ainda maior. Já que a implantação da ESF, dos serviços de SM e do AM em SM é ainda mais recente.

Nesse sentido, as primeiras experiências de realização do AM em SM foram iniciadas em 2006 e aconteceram de forma isolada apenas em duas regionais. Atualmente, a cidade possui uma população de 2.451.813 habitantes e 91 CSF, o que daria uma unidade de saúde para aproximadamente 27.000 habitantes. A cidade só iniciou o processo de Reforma Psiquiátrica em 2005, possuindo atualmente apenas um CAPS tipo III (inaugurado recentemente), cinco CAPS II, seis CAPSad e 2 CAPSi. A taxa de cobertura de CAPS por 100.000 habitantes é de 0,59, o que é considerada uma taxa regular/boa pelo MS. Além disso, o município praticamente não possuía profissionais de Saúde Mental na Atenção Básica, só passou a ter recentemente, em 2009, com a contratação de 27 equipes multiprofissionais para o NASF, as quais devem ter pelo menos um profissional de Saúde Mental (psicólogo ou terapeuta ocupacional).

Assim, a comparação, entre a população em Fortaleza e em Campinas e as ofertas de serviços de Saúde Mental e de Atenção Primária nas duas cidades, ajuda a perceber que há uma complexidade ainda maior nos obstáculos enfrentados para a implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental em Fortaleza.

Em pesquisa recente realizada em Fortaleza, Cavalcante *et al.* (2011) apontam alguns avanços nas práticas que envolvem cuidados em SM na ESF em Fortaleza, dentre os quais estão a Terapia Comunitária⁷ e o Apoio Matricial. Contudo, os autores referem que nesta cidade:

O cuidado em saúde mental ainda acontece de forma esporádica por parte de alguns trabalhadores de saúde na atenção básica, devido à manutenção e à continuação do modelo de atenção centrado nos aspectos biológicos em detrimento dos aspectos psicossociais. Porém, para que o cuidado aconteça de maneira integral e holística, deve existir uma interlocução entre esses aspectos, de forma que todos sejam valorizados, na tentativa de atender as necessidades de saúde de cada usuário do SUS. (CAVALCANTE *et al.*, 2011, p. 106)

Sendo assim, é importante refletir que os cuidados esporádicos em SM na APS de Fortaleza estão atrelados ao modelo de atenção centrado nos aspectos biológicos, mas também podem estar atrelados a outros fatores. Desta forma, pode ser que, o presente estudo, ao tentar compreender o Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF (através do seu funcionamento e dos sentidos construídos por apoiadores matriciais, profissionais e gestores sobre esse Apoio

⁷ Segundo Andrade, Barreto, Barreto (2008, p. 47) “a Terapia Comunitária (TC) é uma metodologia de intervenção com comunidades, através de encontros interpessoais e comunitários. Tem como objetivo a promoção da saúde por meio da construção de vínculos solidários, valorização das experiências de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da auto-estima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais”.

nos CSF) também possa apontar caminhos que indiquem outros motivos atrelados a pouca presença dos cuidados em SM na APS em Fortaleza.

2.2 CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS EM PAULO FREIRE E EM VYGOTSKY

Este tópico da dissertação trata das ideias de Paulo Freire e Vygotsky sobre a construção de sentidos dos sujeitos sobre o mundo. Assim, pretende-se trazer discussões que ficam mais circunscritas às áreas da psicologia e da educação para dialogar com o campo da saúde coletiva.

O tema central deste estudo é o Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF. Essa forma de organização do trabalho em saúde tem por objetivo ampliar a clínica das equipes da ESF e contribuir com integralidade da atenção em saúde, valorizando para além dos aspectos orgânicos, os aspectos relacionados aos contextos subjetivo, social e cultural dos sujeitos atendidos. Sendo assim, Mattos (2004) ressalta a importância da presença da integralidade nos encontros entre usuário e trabalhadores do SUS e refere que:

Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. (MATTOS, 2004, p. 1414)

Pensar a integralidade na perspectiva apontada por Mattos (2004), como práticas intersubjetivas que envolvem uma dimensão dialógica, me remete às ideias de vários autores ligados à educação, à psicologia e à saúde comunitária como Freire, Vygotsky e Góis. Sendo assim, considero que pensar a integralidade a partir da dialogicidade das práticas intersubjetivas, também é necessariamente pensar a interdisciplinaridade, bem como a construção de sentidos dos profissionais envolvidos nessa atuação interdisciplinar. Já que a forma dos profissionais compreenderem o trabalho interdisciplinar, no caso deste estudo, o Apoio Matricial em Saúde Mental, reflete diretamente na atuação dos mesmos.

Desta forma, serão abordadas, nesta parte do marco teórico da pesquisa, ideias de Paulo Freire e de Vygotsky que ajudaram a refletir sobre os sentidos do Apoio Matricial em Saúde Mental para os profissionais e gestores que contribuem para a realização desse trabalho em três CSF da cidade de Fortaleza.

2.2.1 Construção de Sentidos em Paulo Freire

Em seu método pedagógico, Paulo Freire (1980) aponta para a importância de estimular a compreensão do educando sobre o mundo e a realidade que vivencia cotidianamente através do diálogo.

De acordo com Góis (2012, p. 69), para Freire:

“o ato de conhecer é o ato de ler e nomear a realidade, pronunciar o mundo; é também lhe dar um sentido e apropriar-se dele. Neste ato de conhecer temos a conscientização ou o aprofundamento da tomada de consciência, o processo de pronunciar a palavra com os demais (diálogo); a palavra que se encontra enraizada na experiência de vida de quem a pronuncia.”

Desta forma, Freire (1980) o diálogo entre homens e mulheres favorece a ampliação da consciência sobre o mundo e sobre si mesmo, facilita a construção de sentidos. Portanto, para esse autor, “o diálogo impõe-se como um caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial.” (FREIRE, 1980, p. 83). Logo, o diálogo serve para aproximar consciências e tem como objetivo a conscientização.

Nesta perspectiva, Góis (2012, p. 74) afirma que:

Freire considera que o aprender se refere ao conhecer as significações e suas relações, mas a conscientização tem lugar quando se constrói o sentido dessas significações e de suas relações. Para ele, nesse caso, se encontra a educação e não somente o ensino. A conscientização significa um “despertar da consciência”, quer dizer, que o homem compreende e atua criticamente em sua realidade físico-social. É daí que obtém sua própria dignidade e valor.

Portanto, a construção de sentido em Freire está relacionada à conscientização, que, por sua vez, traz o diálogo como forma privilegiada de facilitar o processo gradual de ampliação da consciência. Assim, o diálogo atua como um catalisador do processo de conscientização, bem como de construção de sentidos dos sujeitos envolvidos na relação dialógica.

De acordo com Campos e Domitti (2007), o primeiro termo do Apoio Matricial, a palavra apoio, “sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos.” (CAMPOS, DOMITTI, 2007, p. 402). Assim, os autores apontam que o AM pretende ampliar o diálogo e a troca de experiências entre profissionais de distintos núcleos do conhecimento,

com o objetivo de ampliar a atuação clínica desses profissionais. Nesse sentido, tendo com base a obra de Freire, o autor traz uma compreensão de diálogo que pode nos ajudar a refletir sobre ampliação do diálogo entre profissionais de várias especialidades, como sugere o Apoio Matricial.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009), ao falar do Apoio Matricial no NASF, o caracteriza com uma dimensão de assistência direta à população e com outra de apoio técnico-pedagógico às equipes de saúde da família. Paulo Freire (1992) não falava do diálogo como um procedimento, mas, como educador, ele possuía uma forma peculiar de compreender o diálogo e a dimensão técnico-pedagógica, que a meu ver, pode trazer grande contribuição para as reflexões deste trabalho e para a prática de Apoiadores Matriciais, de profissionais da APS e de gestores que querem incentivar o trabalho com maior qualidade na ESF.

Segundo Freire (1983) o conhecimento não pode ser visto como algo estático que deve ser depositado no aluno, como se este não tivesse nenhum conhecimento sobre o conteúdo. Para o autor, todo mundo tem algo a ensinar e algo a aprender. Isto não quer dizer que todos são iguais e sabem da mesma coisa, mas que cada um, na sua diferença, tem um conhecimento que é construído a partir da sua ação e reflexão sobre o mundo. Isto também não quer dizer que somente a ação do homem sobre o mundo é fruto de conhecimento, desqualificando as formas tradicionais do conteúdo curricular. O que Freire destaca é que todo conhecimento, mesmo o conteúdo curricular, deve ser sempre pensado a partir da realidade concreta de quem o aprende (educando-educador) e de quem o ensina (educador-educando).

Desta forma, para Freire (1983) o conhecimento exige a presença curiosa do sujeito no mundo, a sua ação transformadora sobre a realidade, implicando uma invenção e reinvenção do conteúdo. Segundo o autor o mundo humano é um mundo de comunicação e essa comunicação não está isenta dos condicionamentos sócio-culturais aos quais estamos submetidos. Refletir sobre estes condicionamentos é de fundamental importância para a apreensão dos conteúdos. Ou seja, o ato de aprender, para além da mera repetição de conteúdos, deve possibilitar ao aluno a reflexão destes conteúdos a partir da sua realidade subjetiva, histórica e social, problematizando-a.

Por outro lado, o professor, que na prática educativa “bancária” estende, deposita o conteúdo no aluno e se coloca como “neutro” diante deste e do conteúdo. Numa prática pedagógica libertadora, assume que também possui condicionamentos sócio-culturais, mas ao

assumir os seus posicionamentos diante dos conteúdos e da vida não os assume como superiores aos dos educando, assume-os como diferentes. Dispõe-se a dialogar com outros, também diferentes, mediatizados por um conteúdo que nunca é neutro. Ou seja, estabelece uma relação educador-educando baseada no diálogo, estabelece uma relação que Freire denomina dialógica.

Sendo assim, nessa relação dialógica, o educador a partir da sua comunicação com os educandos problematiza o conteúdo para estes e ao fazer isto reconstrói o que conhece sobre esse conteúdo e também se reconstrói. Ou seja, no ato de problematizar os educandos, o educador também se problematiza. A problematização é dialética, é impossível alguém problematizar e não se implicar nessa problematização.

Ao falar da relação dialógica entre professor e aluno, Freire a considera como uma marca da posição democrática que pode existir entre eles. Para este autor, o diálogo acontece na relação entre sujeitos distintos, que a partir dessa relação podem conservar a sua identidade e defendê-la, crescendo um com o outro, crescendo e assumindo as diferenças. Desta forma, Freire (1983) não apenas reconhece a importância da intersubjetividade e da intercomunicação na relação educador-educando, como possibilita um lugar de destaque para estas na sua prática pedagógica.

Então, se, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a relação estabelecida entre os Apoiadores Matriciais em Saúde Mental e os profissionais da ESF é uma relação de apoio técnico-pedagógico, os profissionais da saúde mental devem de alguma forma assumir um papel de educador. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde mental não possuem uma formação específica para assumirem esse papel de educadores. Há uma complexidade na construção dessa relação de apoio técnico-pedagógico que extrapola uma “metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde” (CAMPOS, DOMITTI, 2007, p.399) e caminha na direção “da formação de uma outra subjetividade profissional, centrada na abertura para o diálogo” (CAMPOS, 1999, p. 400). Portanto, esta abertura para o diálogo não deve ser somente para o outro profissional, mas também para o usuário e o contexto subjetivo e sócio-cultural em que este está imerso.

Nesta perspectiva deste estudo, o diálogo é um elemento de fundamental importância para a construção de sentidos dos profissionais sobre o trabalho em equipe e sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental. Logo, tem potência para facilitar a atuação dos profissionais no trabalho interdisciplinar.

Desta forma, problematizando as ideias de Freire (1996; 1992; 1983) sobre a relação dialógica educador-educando e recriando-as para Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF, é preciso que na construção da organização desse processo de trabalho haja espaço para problematizar os enfoques usuais e as formas de compreensão do processo saúde/doença (GÓIS, 2008; CARVALHO, CUNHA, 2008) tanto as adotadas pelos profissionais, como pela população. Ou seja, é preciso problematizar as compreensões de saúde e de doença mental dos profissionais da saúde mental, dos profissionais da ESF e da população a partir da realidade e do contexto concreto singular e sócio-histórico-cultural em que estes sujeitos estão inseridos. Além disso, é preciso problematizar os condicionamentos sócio-culturais aos quais esses sujeitos estão submetidos, é preciso assumi-los, é preciso tomar consciência deles, para se abrir ao diálogo respeitoso e amoroso com o outro, seja ele profissional de saúde ou usuário do SUS.

Nesse sentido, compreendo que a potência do diálogo, como Freire (1996; 1992; 1983; 1980) aponta, também precisa estar presente nas relações que acontecem entre os profissionais e os usuários, não apenas no apoio matricial em saúde mental, mas também na ESF e nos serviços substitutivos de saúde mental.

2.2.2 Construção de Sentidos em Vygotsky

O conceito de sentido é abordado na obra de Vygotsky (2001, 2005) nos seus estudos sobre a relação entre pensamento e linguagem. Entretanto, antes de partir para discussão sobre esse conceito, farei uma breve exposição sobre algumas ideias de Vygotsky importantes para esta pesquisa.

A Teoria Histórico-Cultural da Mente traz importantes reflexões sobre o papel fundamental da intersubjetividade no desenvolvimento humano. Vygotsky (VYGOTSKY, LÚRIA, 1996) afirma que o desenvolvimento humano acontece a partir da interação do homem com outros indivíduos da cultura, ou seja, o homem torna-se homem a partir da sua relação com outros homens. O meio cultural faz parte da natureza do ser humano que ao longo da história da espécie e do indivíduo forja o funcionamento psicológico especificamente humano (VYGOTSKY, LÚRIA, 1996).

Neste sentido, para Vygotsky (2005; 2001; 1994; VYGOTSKY, LÚRIA, 1996), o processo de desenvolvimento humano surge na interação entre os fatores biológicos e culturais. As funções psicológicas especificamente humanas, chamadas pelo autor de funções psicológicas superiores, necessitam do suporte biológico para o seu desenvolvimento. Entretanto, precisam mais do que o biológico para o seu desenvolvimento, pois tais funções só se originam nas interações do sujeito com as outras pessoas da sua cultura, só se originam a partir da interação do sujeito com o seu contexto social e cultural.

Assim, segundo Molon (2011), a teoria de Vygotsky problematiza a relação social e individual no desenvolvimento humano. Aponta que o autor também ressalta a diferença, ao mesmo tempo em que enfatiza as conexões, entre o natural e o cultural e entre o biológico e o social.

Desta forma, para Vygotsky (1994), é através dos signos e dos instrumentos, historicamente construídos no seu contexto cultural, que o homem exerce a sua ação sobre o mundo. Sendo assim, o autor aponta que a atividade do homem no mundo não é uma ação direta, mas sim uma ação mediada por instrumentos e signos culturalmente aprendidos. Os signos fazem uma mediação simbólica dessa atividade do homem no mundo. Estão voltados inicialmente para a interação social e, posteriormente, para atividade interna do indivíduo, para a organização do seu próprio comportamento, da sua atividade psicológica. A língua oferece um sistema simbólico de conceitos que ajudam o ser humano a compreender a realidade e a organizar os seus pensamentos e sentimentos e a sua ação e comunicação no mundo.

De acordo com Molon (2011), o processo de mediação é um pressuposto que norteia toda a teoria de Vygotsky, ou seja, mediação na teoria histórico-cultural não é um conceito, mas sim um processo. A mediação “não é o ato em que alguma coisa se interpõe; mediação não está entre dois termos que estabelecem uma relação. É a própria relação.” (Molon, 2011, p.102). Desta forma, a autora afirma que, para Vygotsky, o fenômeno psicológico é um fenômeno mediado pelos signos, pela linguagem, pela palavra, e é exatamente o processo de significação que permite que a comunicação entre as pessoas aconteça.

Nessa perspectiva, para a teoria histórico-cultural da mente (VYGOTSKY, 2005; 2001; 1994) o desenvolvimento humano acontece de fora para dentro, através da internalização de processos surgidos a partir das interações sociais que o indivíduo estabelece

com as outras pessoas da cultura. Um exemplo disso é o processo de aquisição da linguagem, mais especificamente da fala, para este autor a criança primeiramente aprende uma fala socializada, voltada para a interação social. Posteriormente, essa fala passa a servir também como organizadora da sua própria atividade no mundo. É a chamada fala egocêntrica. Esse discurso egocêntrico evolui para um discurso interior, ou seja, essa fala passa a ser internalizada pelo sujeito ajudando-o no processo de apreensão e recriação das ideias, dos conceitos, informações, significados, sentidos e sentimentos percebidos por ele no seu universo cultural, bem como, ajudando o sujeito no planejamento da sua ação.

Segundo Oliveira (1992), para Vygotsky o processo de internalização corresponde “à própria formação da consciência”, corresponde ao “processo de constituição da subjetividade a partir de situações de intersubjetividade” (OLIVEIRA, 1992, p. 80). Assim, Vygotsky aponta para a gênese social da consciência. Entretanto, o processo de internalização da consciência não se configura como um processo de cópia da realidade de fora do sujeito para a realidade interna. Nesse sentido, o sujeito, ao internalizar as atividades construídas e acumuladas historicamente pelos outros sujeitos da sua cultura e do seu convívio social, estabelece um “palco de negociações” no qual reinventa, recria os conceitos, os valores, os significados e as informações aprendidas socialmente. (OLIVEIRA, 1992).

Com isso, Oliveira (1992, p.80) afirma que:

A passagem do nível interpsicológico para um nível intrapsicológico envolve, assim, relações interpessoais densas, mediadas simbolicamente, e não trocas mecânicas ligadas a um patamar meramente intelectual. Envolve também a construção de sujeitos absolutamente únicos, com trajetórias pessoais singulares e experiências particulares em sua relação com o mundo e, fundamentalmente, com as outras pessoas.

Para Molon (2011), o termo conversão explicaria melhor a ideia do processo de internalização proposto por Vygotsky. Para a autora no desenvolvimento humano não há uma transposição, uma internalização direta de algo de fora para dentro, o que acontece é uma conversão, uma transformação, de algo construído no social, mas que ao ser absorvido pelo sujeito continua sendo social, entretanto passa a ser algo diferente, singular, sem excluir a sua natureza social.

Assim, a internalização das funções psicológicas superiores, mas especificamente a questão do discurso interior, é desenvolvida por Vygotsky (2005) em um estudo sobre a compreensão da relação entre pensamento e linguagem. Tal estudo revela que as origens genéticas do pensamento e da linguagem são diferentes e também seguem trajetórias distintas

no desenvolvimento humano, até que depois se encontram no pensamento verbal. Desta forma, para o autor, “é no significado da palavra que o pensamento e a fala se unem em pensamento verbal” (VYGOTSKY, 2005, p. 5), ou seja, o significado da palavra é ao mesmo tempo fala e pensamento. O significado da palavra é a unidade analítica do pensamento verbal.

Assim, a análise do significado da palavra como unidade entre pensamento e linguagem “demonstra a existência de um sistema dinâmico de significados em que o afetivo e o intelectual se unem. Mostra que cada ideia contém uma atitude afetiva transmutada com relação ao fragmento de realidade ao qual se refere. Permite-nos ainda seguir a trajetória que vai das necessidades e impulsos de uma pessoa até a direção específica tomada por seus pensamentos, e o caminho inverso, a partir de seus pensamentos até o seu comportamento e sua atividade”. (VYGOTSKY, 2005, p. 9).

Vygotsky (2005) refere que a psicologia tradicional ignora a relação entre afeto e intelecto e os separa como objetos de estudo. Essa deficiência faz com que o processo de pensamento seja apresentado como se fosse autônomo, sem está inserido no contexto de vida de uma pessoa, desconsiderando as suas vontades, necessidades e interesses pessoais.

Assim, Vygotsky (2005, p. 187) postula que:

O pensamento propriamente dito é gerado pela motivação, isto é, por nossos desejos e necessidades, nossos interesses e emoções. Por trás de cada pensamento há uma tendência afetivo-volitiva, que traz em si a resposta ao último “porque” de nossa análise do pensamento. Uma compreensão do pensamento de outrem só é possível quando compreendemos a sua base afetivo-volitiva.

Diante disso, Oliveira (1992) afirma que nas ideias de Vygotsky existe um destaque para a importância da interdependência entre as dimensões afetiva e cognitiva. Tal destaque fica evidente no seu estudo sobre as relações entre pensamento e linguagem, particularmente quando ele desenvolve os conceitos de significado e de sentido.

Desta forma, para Vygotsky (2005, p. 150/151) o significado da palavra:

[...] representa um amálgama tão estreito do pensamento e da linguagem que fica difícil dizer se é um fenômeno da fala ou de um fenômeno do pensamento. Uma palavra sem significado é um som vazio; o significado portanto, é um critério da “palavra”, seu componente indispensável. Pareceria, então, que o significado poderia ser visto como um fenômeno da fala. Mas, do ponto de vista da psicologia, o significado de cada palavra é uma generalização ou um conceito. E como as generalizações e os conceitos são inegavelmente atos de pensamento. Daí não decorre, entretanto, que o significado pertença formalmente a duas esferas diferentes da vida psíquica. O significado das palavras é um fenômeno de pensamento apenas na medida em que o pensamento ganha corpo por meio da fala, e só é um fenômeno da fala na medida em que está ligada ao pensamento, sendo iluminado por ele. É um fenômeno do pensamento verbal e da fala significativa – uma união da palavra e do pensamento. (VYGOTSKY, 2005, p. 150 e 151).

Após essa citação, é perceptível que na obra de Vygotsky (2005) pensamento e linguagem apesar de terem origens distintas estão em um processo de constante interação e é somente nessa interação que eles podem ser compreendidos, tal processo também é apontado como fundamental para a compreensão da natureza da consciência humana.

Na perspectiva do estudo da interação entre pensamento, linguagem e palavra é que Vygotsky (2005) distingue os conceitos de significado e de sentido na sua teoria. Assim, o significado da palavra, como visto na citação anterior, é um conceito, uma generalização que é construída socialmente e compartilhada por sujeitos de um mesmo universo cultural em um determinado momento histórico. Já o sentido é apontado pelo autor como uma construção pessoal do sujeito a partir da sua realidade e das suas relações, não tem a característica de ser dicionarizado, nem socialmente convencionado.

Desta forma, Vygotsky (2005), ao falar sobre os estudos de Paulham, declara que na fala interior há a preponderância do sentido sobre o significado da palavra e descreve o sentido como sendo:

[...] a soma de todos os eventos psicológicos que a palavra desperta em nossa consciência. É um todo complexo, fluido e dinâmico, que tem várias zonas de estabilidade desigual. O significado é apenas uma das zonas de sentido, a mais estável e precisa. Uma palavra adquire seu sentido no contexto em que surge; em contextos diferentes, altera o seu sentido. O significado permanece estável ao longo das alterações do sentido. O significado dicionarizado de uma palavra nada mais é que uma pedra no edifício do sentido, não passa de uma potencialidade que se realiza de formas diversas na fala. (Vygotsky, 2005, p. 181)

Diante disso, a dimensão dos sentidos para Vygotsky incorpora os sentimentos vivenciados pelos sujeitos a partir das relações que estabelece no seu contexto cultural. O sentido de uma palavra é móvel, quase ilimitado, pode variar de acordo com o contexto e com a pessoa que o aplica. Sendo assim, o sentido pode ser construído e modificado na dinâmica dialógica.

De acordo com Góis (2005, p. 99) “O sentido surge e se desenvolve através da compreensão entre os significados apreendidos, os motivos e a realidade mesma da vida objetiva da pessoa.”

Na compreensão de Lane e Camargo (2006), para Vygotsky, o contexto social em que as pessoas vivem oferece um sistema de conceitos que organizam a sua forma de pensar e isso inclui os seus sentimentos. Ou seja, os sentimentos também são construídos socialmente, funcionam como um sistema de conceitos e seguem o mesmo processo de internalização das

funções psicológicas especificamente humanas. Entretanto, é importante destacar que esse sistema é modificado ativamente pelo indivíduo a partir da sua interação social e que o significado social do sentimento é apenas uma das possibilidades de sentido atribuída a este. A partir disto, fica claro que para Vygotsky os sentimentos também fazem parte do processo de formação da consciência humana, não havendo uma dicotomia na obra deste autor entre o sentir e o pensar, entre razão e emoção (LANE, CAMARGO, 2006; OLIVEIRA, 1992).

Assim, para Vygotsky (2005; 2001), a compreensão da relação entre sentido e significado é de extrema importância para a psicologia social, destacando que a palavra cumpre um papel fundamental no desenvolvimento histórico da consciência e que na palavra há uma preponderância do sentido sobre o significado. “Cada palavra consciente é um microcosmos da consciência humana” (VYGOTSKY, 2001, p. 486).

De acordo com Góis (2005), Vygotsky

[...] postulou que o mais central no estudo da consciência é a análise do sentido ou significado pessoal, a relação própria do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados. Para ele, o significado (sentido coletivo) é supra-individual e constitui o conteúdo da consciência social, enquanto o sentido (significado pessoal) só pode ser individual, ou melhor, psicológico. Podemos dizer, inclusive, que a consciência social é uma consciência de significações, enquanto a consciência pessoal é uma consciência de sentidos. Isso não implica a separação de ambas, pois no significado o sentido se objetiva por meio da fala. (GÓIS, 2005, p. 98)

Então, neste trabalho, compreendo o AM em SM a partir de aspectos objetivos e subjetivos. Assim, a dimensão da organização e do funcionamento traz primeiramente aspectos mais objetivos sobre o AM em SM. Contudo, os dados objetivos também trazem a compreensão de quem os informou e alguns sentidos construídos por esse informante na sua realidade de trabalho e nas interações que estabeleceu durante a construção dos dados da pesquisa.

O AM é um conceito inicialmente formulado por Campos (1999) e, como tal, possui um significado criado por este autor. Entretanto, o significado do Apoio Matricial, de certa forma, desliza e ganha novos contornos e novos sentidos a partir da sua internalização pelos profissionais de saúde. Agregam-se a este significado as experiências cotidianas que esses profissionais constroem a partir da sua atividade profissional e da sua atividade psicológica, no contexto das interações de estabelecem como profissionais de saúde que atuam no SUS, na Saúde Mental e na ESF em Fortaleza.

Assim, este estudo traz o conceito de sentido para compreender aspectos subjetivos envolvidos na organização do trabalho em Apoio Matricial. Portanto, pretende compreender o AM em SM também a partir dos sentidos construídos sobre esse Apoio, por profissionais e gestores da ESF e por profissionais do CAPS que atuam como apoiadores matriciais em CSF.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo é descrito todo o percurso metodológico da pesquisa. Inicialmente, será apresentada a caracterização do estudo. Em seguida, é delineado o contexto geral da pesquisa, no qual é apresentado o cenário das políticas públicas e dos serviços de saúde de Fortaleza e das três Regionais estudadas. Além disso, é abordado como foi o processo de escolha de cada um dos três CSF pesquisados por Regional, bem como dos profissionais e gestores que foram informantes da pesquisa.

Finalizando este capítulo, são apresentados os instrumentos utilizados para a construção dos dados e os procedimentos da pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO PRELIMINAR DO ESTUDO

Considero que para o conhecimento do objeto deste estudo é adequado o uso da pesquisa qualitativa, pois, segundo Minayo (2008), as metodologias de pesquisa qualitativa são

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 2008, p. 22 - 23)

A pesquisa qualitativa guia-se por um paradigma distinto do positivista, reconhecendo a impossibilidade da neutralidade científica e o inevitável imbricamento entre o pesquisador, o objeto de sua pesquisa e as condições históricas de produção do conhecimento (MINAYO, 2008).

Bosi (1996) afirma que a delimitação de um objeto de estudo não é feita ao acaso, nem somente por razões de ordem exclusivamente “acadêmicas”. Para a autora, “sua construção representa um processo dinâmico que se dá na interface do acadêmico com o existencial, compreendendo os aspectos político-ideológicos aí implicados.” (BOSI, 1996, p. 19). Desta forma, posso dizer que o objeto desta pesquisa surgiu primeiramente na dimensão existencial a partir das minhas experiências profissionais na saúde em Fortaleza. Posso afirmar com muita clareza que foram essas experiências que me impulsionaram para o estudo do objeto desta pesquisa e despertaram o meu interesse para a investigação acadêmica.

Sobre esse mesmo assunto, Minayo (2008) refere que a escolha de um problema de pesquisa “surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos” (MINAYO, 2008, p. 173). Sendo assim, a minha visão como pesquisadora está permeada pela minha visão como profissional da saúde em Fortaleza. Compreendo que um dos principais desafios nesta pesquisa foi o de afastar-me da posição de profissional dos serviços de saúde de Fortaleza, sem, no entanto, negar que também foi a partir deste olhar que construí o processo dessa pesquisa.

Bosi e Mercado-Martínez (2007), destacam a importância, na área da saúde, de temas-objetos de pesquisa. Esses autores afirmam que

[...] os estudos com orientação qualitativa podem ter como objeto certos tipos de comportamento, ações ou práticas, podendo abranger experiências, representações, opiniões, incluindo, ainda, certos processos sociais ligados às mesmas, tal como se observa nas políticas, programas e serviços de saúde. Em certos momentos pode-se ter um interesse maior em explorar um determinado tipo de ação, mas em outros momentos o foco pode se voltar para a experiência dos sujeitos [...] ou compreender certos comportamentos que desafiam os profissionais atuantes nos serviços, bem como os planejadores do setor, tais como a adesão ou o abandono; a participação nas ações; a procura por um ou outro serviço etc. (BOSI, MERCADO-MARTINEZ, 2007, p. 40).

Considero que este estudo pode ser compreendido como um tema-objeto, conforme descrevem os autores citados acima. Na medida em que se volta para a compreensão do Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF, a partir do seu funcionamento e dos sentidos construídos sobre este Apoio por apoiadores matriciais, profissionais e coordenadores de Centros de Saúde da Família.

3.2 O CONTEXTO GERAL DA PESQUISA

Fortaleza é quinta cidade mais populosa do país, tendo uma população estimada para 2011 pelo IBGE no total 2.452.185 habitantes⁸. Nesta cidade, o desenvolvimento urbano, infelizmente, encontra-se atrelado a uma acentuada desigualdade social, que acarreta em graves problemas sociais e de saúde da população. O município é dividido em seis regiões administrativas, que são as Secretarias Executivas Regionais (SER), com características

⁸ Informação oficial retirada do site do IBGE. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1961&id_pagina=1>. Acesso em julho de 2012.

bastante diversificadas no que se refere à extensão da área territorial, à densidade demográfica e à distribuição de renda da população (FORTALEZA, 2008).

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) possui um Sistema Municipal de Saúde Escola que ressalta a Educação Permanente em Saúde como uma política municipal estruturante para o SUS na cidade. Esse sistema organiza as ações de ensino e pesquisa que acontecem nos serviços de saúde e atua em parceria com Instituições de Ensino, movimentos populares e organizações não-governamentais. A sua ideia busca transformar a rede de serviços de saúde de Fortaleza em locais que favoreçam um processo educativo contextualizado e o desenvolvimento dos profissionais. Contribui, assim, com a transformação do modelo biomédico ainda hegemônico na saúde e procura introduzir transformações qualitativas na organização e execução do processo de trabalho em saúde (FORTALEZA, 2008; BARRETO *et al.*, 2006).

Desta forma, dentro dos serviços de saúde de Fortaleza são realizados vários processos formativos de ensino em serviço, tais como: Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; Residência de Medicina de Família e Comunidade; especializações, cursos e capacitações para os profissionais da saúde e ações de ensino em serviço voltadas para estudantes das graduações em saúde (estágios, disciplinas práticas, projetos de extensão, Pró-saúde etc).

Em relação à Rede Assistencial de Atenção Primária à Saúde, atualmente, Fortaleza conta com um total de 91 Centros de Saúde da Família (CSF), aproximadamente um CSF para cada 27.000 habitantes. Em 2006, a cobertura da ESF foi ampliada de 15% para 43,44% da população da cidade (Fortaleza, 2007). Contudo, dados recentes da Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde⁹ (SMS) revelam uma diminuição na cobertura populacional da ESF para 36% da população da cidade. Com isso, percebe-se que, apesar da ampliação significativa da cobertura da ESF (mais de 100%) em 2006, ainda faz-se necessário um grande esforço para que a cobertura seja adequada à demanda populacional, ou, pelo menos, para que sejam mantidos os avanços já conquistados. Já que de 2006 para 2012, verificou-se uma diminuição de pelo menos 7% dessa cobertura.

Entretanto, a implantação da ESF não é um desafio apenas para a cidade de Fortaleza, os grandes centros urbanos no Brasil apresentam uma complexidade maior para estruturação dessa Estratégia, bem como um sub-financiamento da mesma. Assim, o próprio

⁹ Informação verbal obtida com uma técnica da Assessoria de Planejamento da SMS.

MS, em pesquisa realizada em dez grandes centros urbanos, refere que nestes “há dificuldades de atingir coberturas populacionais mais elevadas, devido ao grande número de ESF que devem ser implantadas, o que resulta em incentivos financeiros mais baixos do que os recebidos por pequenos municípios.” (BRASIL, 2005b, p. 196). Desta forma, os esforços para ampliação da cobertura da APS devem vir não apenas a partir da gestão do município de Fortaleza, mas também de uma articulação com as gestões do Estado e do Governo Federal.

No que se refere à Rede Assistencial de Saúde Mental, o município também teve uma ampliação considerável no número de serviços a partir de 2005, ano no qual foi iniciado o processo de Reforma Psiquiátrica na cidade. Assim, atualmente a cidade possui: cinco CAPS tipo II e um CAPS tipo III, com hospitalidade noturna, para usuários com transtornos mentais graves; seis CAPSad para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas; dois CAPSi direcionados para crianças e adolescentes com transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas; duas Residências Terapêuticas para pessoas que eram moradoras de hospitais psiquiátricos; três Ocas comunitárias com ações de promoção à saúde da comunidade; e um Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas, com doze leitos.

Não irei continuar discorrendo sobre a Rede de Saúde Mental na cidade de Fortaleza de uma forma geral, pois isso já foi, em boa parte, realizado neste trabalho no decorrer do capítulo sobre o marco teórico-conceitual. Sendo assim, passarei agora a abordar o percurso desenvolvido durante esta pesquisa para a escolha dos CSF, nos quais o AM em SM foi estudado.

A implantação do Apoio Matricial (AM) em Saúde Mental (SM) para equipes da ESF não aconteceu de forma homogênea em Fortaleza. Tal implantação foi iniciada no ano de 2006 em duas SER (Fortaleza, 2007), posteriormente mais duas Regionais iniciaram o processo de implantação. Já as duas Regionais mais populosas da cidade foram as últimas a começarem a organizar o AM em SM.

Desta forma, com o objetivo de possibilitar a emergência de uma diversidade maior na construção dos dados desta pesquisa, resolvi escolher Regionais com tempos de implantação diferentes das Equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF. Com isso, foram realizados três sorteios, cada sorteio aconteceu entre duas Regionais que iniciaram o AM em SM na mesma época. A descrição dos dados sobre cada uma das regionais sorteadas será realizada após a descrição do processo de escolha de cada CSF por SER.

Após o sorteio das três SER, foi iniciada a seleção de um CSF por Regional. O critério para escolha do CSF foi que nele ocorressem atividades de Apoio Matricial (AM) em Saúde Mental (SM) e que, nessa atividade, tivesse profissionais que fizessem parte desse processo há no mínimo um ano. Sendo assim, em cada SER, foi escolhido um CSF para que fosse realizada uma entrevista com o gestor local, a fim de compreender como é a organização do funcionamento do AM em SM em cada CSF pesquisado e de buscar informações para a seleção dos profissionais que participariam dos dois grupos focais da pesquisa.

Portanto, foi utilizado o tempo de um ano de experiência na realização do AM em SM como critério de escolha dos profissionais sujeitos da pesquisa, porque considero que esse tempo amplia a possibilidade deles terem reflexões mais estruturadas sobre a sua prática. Outro aspecto considerado na escolha desse critério, é que os profissionais de CAPS ou de NASF, que podem atuar como apoiadores matriciais em SM em CSF, são terceirizados e ampliar o tempo de experiência nessa atividade poderia dificultar a seleção dos profissionais da amostra.

Desde já, então, informo que nos CSF pesquisados não havia profissionais do NASF que participassem do AM em SM há no mínimo um ano, principalmente pela dificuldade de organização da agenda desses profissionais, pois eles precisam atuar em vários CSF.

A seleção do CSF por SER foi um processo complexo e lento, que me exigiu dedicação, paciência e muitas ligações na busca por informações que pudessem identificar unidades de saúde que se encaixassem nesse critério da pesquisa.

Desta forma, em cada SER foram obtidas informações com profissionais de CAPS que realizam Apoio Matricial em Saúde Mental, com profissionais de NASF e da ESF, com coordenadores regionais de Saúde Mental e com outros assessores técnicos das Regionais que pudessem contribuir com a seleção dos Centros de Saúde da Família (CSF) para esta pesquisa. Por vários momentos, tive a sensação de estar montando um enorme quebra-cabeça, no qual eu precisava juntar as peças, que, no caso, eram as informações incompletas que precisavam de vários informantes para compor a figura do quebra-cabeça como um todo. Assim, no decorrer da descrição do percurso metodológico, espero conseguir demonstrar de forma inteligível esse processo de escolha dos CSF e dos profissionais que participaram da pesquisa.

Com o intuito de preservar a identificação dos profissionais e coordenadores que foram informantes da pesquisa não irei identificar nem a Regional, nem o CSF escolhido pelo nome usual. Serão utilizados, então, nomes fictícios para profissionais, CSF, Regionais, bairros e comunidades citadas pelos participantes da pesquisa. Contudo, posteriormente, trarei dados importantes sobre a distribuição dos serviços de Saúde Mental e de APS de cada SER que ajudam a perceber o contexto Regional em que cada CSF está inserido.

Sendo assim, passarei agora a descrever como aconteceu o processo de escolha do CSF em cada uma das SER e da população da pesquisa.

3.2.1 A Escolha dos três Centros de Saúde da Família e da População da Pesquisa

Na SER do CSF Áurea, depois de falar com vários técnicos regionais e profissionais dos serviços, fui informada por uma apoiadora matricial do CAPS e por uma psicóloga do NASF, que só havia um CSF que se encaixava no critério da pesquisa, que era o CSF Áurea.

Então, de posse dessa informação, realizei a entrevista com a coordenadora do CSF. Esta confirmou que acontecia AM em SM no posto, falou também de várias ações em SM desenvolvidas no posto e afirmou que existiam dois profissionais (*Susana e Juliana*) que eram responsáveis pelo AM em SM na unidade.

Entretanto, quando entrei em contato por telefone com a *Susana* uma das profissionais do CSF, que foram apontadas pela coordenadora do posto como sendo referência para o AM, a fim de convidá-la para participar do grupo focal, *Susana* informou que fazia, no mínimo, seis meses que não acontecia o AM em SM no posto (Anotações de Campo).

Assim, a profissional afirmou que havia AM em SM com os apoiadores matriciais dos CAPS, mas a sua frequência era inconstante e muito pequena. Como eu, neste telefonema, informei para *Susana* que um dos critérios para a escolha dos participantes da pesquisa, seria que os profissionais participassem do AM em SM há no mínimo um ano, pois esse tempo possibilitaria que eles tivessem um amadurecimento das reflexões sobre esse processo de trabalho. A própria *Susana* ponderou que ela tinha pouca experiência com o AM em SM, pois

a frequência da realização no CSF era muito pequena e ela considerava que não se encaixava nesse critério (anotações de campo).

Contudo, *Susana* referiu que havia atendimento em SM neste CSF. Afirmou que quem faz esses atendimentos e abraça todos os casos de SM do posto era uma profissional de medicina de uma universidade, a *Juliana*, e os seus alunos. Afirmou ainda que a *Juliana* atendia esses usuários da SM apenas com os seus alunos, sem a ajuda de outros profissionais da ESF, que no máximo ela contava com a ajuda da psicóloga do NASF (anotações de campo).

Assim, eu liguei novamente para a apoiadora do CAPS e falei sobre a conversa que tive com a profissional da APS. Então, a profissional consultou as anotações que faz nos Apoios Matriciais que realiza e confirmou a informação dada por *Susana*, que realmente fazia seis meses que não acontecia o AM em SM no CSF Áurea. Desta forma, achei que realmente os profissionais desse CSF se encaixavam apenas em parte no critério da pesquisa. Pois, realmente o AM em SM acontecia há mais de um ano no posto, mas a frequência era tão pequena, que nem a profissional que foi apontada como referência considerava que tinha reflexões mais estruturadas sobre esse processo de trabalho (anotações de campo).

Então, como a frequência do AM em SM era esporádica, decidi não incluir os profissionais do CSF Áurea no grupo focal que seria realizado com profissionais da ESF. Já que, *Susana*, uma das profissionais de referência afirmou que havia participado pouco do AM em SM e a outra profissional de referência, *Juliana*, professora da universidade, afirmou que não era do AM em SM, mas realizava atendimento em SM na APS com os seus alunos.

Entretanto, a apoiadora que matriciava este CSF afirmou que participa do AM em SM há bem mais de um ano, em vários CSF. Então, isso possibilitava que pelo menos ela fosse incluída como participante da pesquisa.

Desta forma, o CSF Áurea foi incluído na pesquisa, de forma parcial, apenas a partir das anotações sobre o processo de construção dos dados deste estudo, da entrevista com a coordenadora e da participação da apoiadora matricial no grupo focal realizado com apoiadores matriciais em SM.

Agora, passarei a descrever como foi o processo de escolha do CSF Elívia. Na Regional do CSF Elívia havia dois postos de saúde que se encaixavam no critério da pesquisa. Esta informação foi dada por duas profissionais que trabalham no CAPS e que atuam como

apoiadoras matriciais. Desta forma, foi realizado um sorteio entre os dois CSF, sendo escolhido o CSF Elívia.

Na entrevista com a Coordenadora do CSF Elívia, esta informou que atualmente eram os preceptores da Residência Médica que organizavam o AM em SM no posto e que eles poderiam me dizer melhor quais profissionais participavam dessa atividade há mais de um ano. Então, conversei com um preceptor da Residência Médica e este me informou o nome de alguns profissionais da ESF (médico, enfermeiro e ACS) que poderiam participar do grupo focal. Assim, foram convidados três profissionais: 1 médico, 1 enfermeira e 1 ACS.

Contudo, apenas a ACS pode participar do grupo focal no dia e horário marcado. O médico informou com alguns dias de antecedência que não poderia participar, pois precisaria viajar. Fiz o convite para outros profissionais de medicina do posto que se encaixavam no critério, contudo, já havia outra atividade da Residência marcada para o mesmo horário. A enfermeira confirmou presença, mas no dia não compareceu, nem justificou o motivo da ausência.

Foi informado que, no CSF Elívia, os profissionais do NASF só começaram a participar do AM em SM recentemente. Então, eles não se encaixavam no critério da pesquisa.

Já no processo de escolha do CSF Emylio, na Regional desse CSF, a Coordenação Regional de Saúde Mental havia acabado de ser assumida por um profissional que ainda estava se inteirando nesse novo contexto de trabalho. Desta forma, a Coordenação Regional indicou profissionais do CAPS que saberiam sobre essa informação. Assim, uma apoiadora matricial afirmou haver pelo menos cinco postos que se encaixavam no critério da pesquisa. Foi realizado, então, um sorteio entre estes postos, no qual o CSF Emylio foi escolhido.

Na entrevista com a coordenadora do CSF Emylio, esta informou alguns profissionais da ESF que participavam do AM em SM. Apenas dois, uma médica e um enfermeiro, se encaixavam no critério de possuir um ano de experiência no AM em SM, pois a participação de outros profissionais do CSF era esporádica e, em muitos casos, inexistente.

Já em relação à equipe da SM, que Apoia o CSF Emylio nos cuidados de SM, os profissionais da ESF relataram que havia três profissionais dos CAPS que realizavam o AM há mais de um ano. Contudo, apenas dois se disponibilizaram para participar da pesquisa. Também afirmaram que os profissionais do NASF não participavam do AM em SM.

Sendo assim, finalizo este item com o Quadro abaixo que demonstra os participantes da pesquisa, bem como os instrumentos utilizados para possibilitar essa participação.

Quadro 1 – Relação dos instrumentos utilizados na pesquisa para viabilizar a construção de dados com cada participante.

Instrumentos de Construção dos Dados	Participantes da Pesquisa
Entrevistas Individuais semi-estruturadas	1 Coordenador do CSF Áurea 1 Coordenador do CSF Emylio 1 Coordenador do CSF Elívia
Grupo focal com profissionais da ESF	1 Enfermeiro CSF Emylio 1 Médica CSF Emylio 1 ACS CSF Elívia
Grupo focal com apoiadores matriciais	1 Terapeuta Ocupacional que apóia o CSF Elívia 1 Terapeuta Ocupacional que apóia o CSF Áurea 2 Psicólogas que apóiam o CSF Emylio
Anotações de Campo	Informantes indiretos da pesquisa: profissionais de CAPS, do NASF e da ESF, coordenadores de CAPS, Coordenadores Regionais de SM, técnicos das Regionais e da SMS.

3.2.2 O Contexto das Regionais

A fim de facilitar a compreensão do contexto da distribuição dos serviços de saúde em cada uma das Regionais dos CSF estudados, elaborei o Quadro 2, com as seguintes informações: população das regionais com projeção atualizada para 2011 (dados disponibilizados via e-mail pelo Serviço de Epidemiologia da SMS); extensão territorial das Regionais (FORTALEZA, 2008); número de CAPS e de CSF por Regional (site da SMS); composição das equipes de AM em SM da SER (informação conseguida por telefone com coordenadores ou profissionais de CAPS); cobertura de CAPS (cálculo realizado por mim a partir de fórmula disponibilizada no site do MS)¹⁰; cobertura da ESF por SER (FORTALEZA, 2007)¹¹.

¹⁰ Formula utilizada para realização do Cálculo de cobertura CAPS por 100.000 disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2011.pdf>. Acesso em junho de 2012.

¹¹ Esta cobertura por Regional está desatualizada. Contudo, este foi o último dado disponibilizado oficialmente pela SMS no Relatório de Gestão de 2006 (FORTALEZA, 2007). Achei que valia a pena colocá-lo mesmo sabendo que não corresponde à cobertura atual.

Quadro 2- Quadro comparativo com dados das três Regionais que participaram da pesquisa.

	SER do CSF Elvíia	SER do CSF Emylio	SER do CSF Áurea
População da SER	363.912	363.406	541.160
Área territorial	25.382km ²	49.339 Km ²	134.928 Km ²
Nº de CAPS	1 CAPSad+ 1 CAPS Geral + 1 CAPSi (referência p/ 3 SER)	1 CAPSad + 1 CAPS II + 1 CAPSi(referência p/ 3 SER)	1 CAPSad + 1 CAPS Geral+ 1 CAPSi(referência p/ 3 SER)
Cobertura CAPS/100.000	0,64 (regular/boa)	0,64 (regular/boa)	0,43 (regular/baixa)
Nº de equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental do CAPS para a Estratégia de Saúde da Família	2 equipes: cada uma sendo composta por um profissional de terapia ocupacional e outro de psicologia (CAPS AD e CAPS Geral)	2 equipes: uma composta por 2 profissionais de psicologia (CAPS AD e CAPS Geral) e 1 de psiquiatria (CAPS AD); e uma composta por apenas 1 prof. de enfermagem (CAPS AD).	2 equipes: compostas por 2 profissionais de Terapia Ocupacional (CAPS AD e CAPS Geral) e 2 de Psicologia (CAPS Geral).
Nº de CSF	12	11	20
Cobertura da ESF em 2006	33%	38%	50%

Desta forma, a partir da análise deste quadro, percebe-se uma maior complexidade em desenvolver o Apoio Matricial em Saúde Mental na SER do CSF Áurea, tanto por ser a regional que possui a maior extensão territorial da cidade, quanto por ser mais populosa que as outras duas. Assim, para favorecer o acesso aos serviços de saúde na APS, tal SER possui 20 CSF, o que amplia consideravelmente o número de CSF que precisam ser matriciados pelos profissionais da Saúde Mental.

Entretanto, na distribuição dos serviços de Saúde Mental, percebemos que há o mesmo número de CAPS que as outras regionais, ou seja, há uma maior demanda de usuários para o mesmo número de serviços de Saúde Mental. Portanto, a cobertura de CAPS por 100.000 habitantes dessa Regional, de 0,43, é considerada pelo MS (BRASIL, 2012) regular ou baixa, o que deve trazer comprometimento tanto para funcionamento dos CAPS como para a realização do AM em SM nos 20 CSF. Outro aspecto percebido pelo quadro acima é que há o mesmo número de equipes de AM em SM nas três Regionais, o que também é problemático na SER do CSF Áurea, pelo número de CSF que os profissionais precisam matricular.

Então, a partir dos dados do Quadro acima, é perceptível que a realidade de distribuição dos serviços de SM por regional é bastante heterogênea. Em Fortaleza, existe Regional que possui cobertura de CAPS 0,82, que é considerada muito boa pelo MS. Em contra partida, outras Regionais possuem quase a metade dessa cobertura, como a do CSF Áurea que é de 0,43. Isto nos demonstra que na compreensão do AM em SM é necessário também perceber a influência da distribuição dos serviços de saúde por território regional, pois tal distribuição pode ter uma relação direta sobre a organização e o funcionamento do AM em SM, bem como sobre a construção de sentidos dos profissionais sobre esse Apoio.

De acordo com Campos e Cunha (2011, p. 969):

[...] é preciso admitir que os problemas que denominamos estruturais dificultam a disseminação da proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial, na medida em que não basta uma equipe de atenção primária desejar se relacionar na forma de apoio matricial com outros serviços. É necessário que a receptividade seja incentivada pelos gestores, através de contratos que contemplem essa atividade.

Desta forma, considero a compreensão da distribuição e cobertura dos serviços de saúde importante, pois este é mais um aspecto a ser destacado na complexidade da organização do Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF.

3.3 INSTRUMENTOS DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Sendo assim, a construção dos dados da pesquisa (Figura 2) foi realizada com o auxílio de três técnicas: a entrevista individual semi-estruturada (MINAYO, 2008); o grupo focal (GASKELL, 2002); e as anotações de campo (MONTEIRO, 2006).

A partir do Quadro 3, é possível perceber a relação entre os objetivos desta pesquisa, as duas grandes dimensões de análise e interpretação dos dados e os instrumentos escolhidos para a construção dos dados da pesquisa.

Quadro 3 – Quadro com a correlação entre os objetivos específicos da pesquisa, as duas dimensões de análise dos dados e os instrumentos utilizados para a construção dos dados.

Objetivos específicos	Dimensões	Instrumentos
Compreender a organização e o funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental em três Centros de Saúde da Família;	- Dimensão da organização e funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental nos CSF	- Entrevistas individuais semi-estruturadas com coordenadores de CSF - Grupo Focal com profissionais da ESF - Grupo Focal com apoiadores matriciais - Anotações de campo
Analisar os sentidos construídos sobre AM em SM pelos profissionais de CAPS e da ESF que o realizam	- Dimensão dos sentidos construídos pelos profissionais sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família	- Grupo Focal com profissionais da ESF - Grupo Focal com apoiadores matriciais
Contribuir com a implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza	- Organização e funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental nos CSF e - Dimensão dos sentidos construídos pelos profissionais sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família	- Entrevistas individuais semi-estruturadas com coordenadores de CSF - Grupo Focal com profissionais da ESF - Grupo Focal com apoiadores matriciais - Anotações de campo

Isto posto, passarei a descrever melhor cada um dos instrumentos utilizados nesta pesquisa. De acordo com Monteiro (2006), as anotações de campo são uma técnica auxiliar que ajuda os investigadores a capturar momentos específicos da construção dos dados que acontecem em todas as investigações, qualitativas ou quantitativas. Portanto, a autora aponta que alguns dados importantes escapam do registro do pesquisador, porque não se enquadram nos protocolos tradicionais de certas técnicas. Com isso, sugere que sejam utilizadas técnicas complementares que ajudem na compreensão da complexidade envolvida no processo de produção de conhecimento.

Diante disso, uma das técnicas sugeridas por Monteiro (2006) para a pesquisa social são as anotações de campo. As anotações de campo são anotações, geralmente breves, que não seguem um plano pré-estabelecido e servem de apoio à memória do investigador. Tem por objetivo captar detalhes ou curiosidades que frequentemente ficariam de fora de qualquer registro técnico.

Assim, neste estudo, as anotações de campo foram de fundamental importância para juntar as peças do quebra-cabeça das informações sobre a realização do AM em SM em cada contexto Regional e em cada CSF, bem como para auxiliar na descrição do percurso metodológico desenvolvido nesta pesquisa.

Outra técnica utilizada foi a entrevista individual semi-estruturada (MINAYO, 2008), que foi realizada com os três coordenadores dos CSF escolhidos por Regional. Desta forma, o objetivo das entrevistas individuais semi-estruturadas (MINAYO, 2008) com gestores de CSF foi compreender a organização e o funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental em cada CSF, identificando as peculiaridades do desenho dessa forma de organização do processo de trabalho em saúde em cada serviço. As entrevistas seguiram um roteiro que serviu de orientação básica para o diálogo com cada um dos coordenadores (APÊNDICE A), contudo a partir da interação com os coordenadores novas questões foram elaboradas e contribuíram com a compreensão da organização do AM em SM em cada CSF. As entrevistas foram realizadas com os coordenadores nos CSF em que trabalhavam e o tempo de duração de cada entrevista variou de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado.

A partir do contato com os coordenadores, foram identificados os profissionais de cada serviço, CAPS e CSF, que participavam há, no mínimo, um ano das atividades de Apoio

Matricial em Saúde Mental na ESF para a realização de dois grupos focais (GASKELL, 2002; MINAYO, 2008).

Sendo assim, a escolha de profissionais de diferentes regionais foi importante para a realização dos grupos focais. Já que um dos objetivos desta fase da pesquisa foi compreender os sentidos construídos pelos profissionais em relação ao Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF. Eu e o meu orientador entendemos que a interação entre profissionais, que comumente não fazem parte do mesmo cotidiano de trabalho, pode facilitar a exposição das ideias e dos sentidos desses profissionais de forma crítica, possibilitando o surgimento de contradições e ambigüidades entre os mesmos.

Desta forma, a intenção deste momento foi complementar as informações obtidas a partir da entrevista individual com os gestores de CSF sobre a organização e o funcionamento do AM em SM. Além disso, objetivou também propiciar o diálogo, a interação e a reflexão dos profissionais sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF, analisando e compreendendo os sentidos construídos pelos profissionais sobre esse Apoio e, através destes, compreender também os sentimentos expressos por eles em relação a essa atividade.

De acordo com Gaskell (2002), o moderador de um grupo focal deve ter um tópico guia sintetizando as questões e os assuntos da discussão. Já Minayo (2008) aponta que a construção de um roteiro para a entrevista em grupo focal é imprescindível, tanto para provocar um debate participativo e entusiasmado, como para possibilitar o aprofundamento das informações da pesquisa. Sendo assim, nesta pesquisa foi utilizado um tópico guia ou roteiro para auxiliar na facilitação dos grupos focais (APÊNDICE B).

De acordo com Minayo (2008, p. 269), “o valor principal desta técnica fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos”. Minayo (2008) indica que o grupo focal deve ser realizado com grupos pequenos, com no máximo doze pessoas, e homogêneos; e que, para ser bem sucedido, precisa de planejamento, pois essa técnica de construção dos dados visa “obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências.” (MINAYO, 2008, p, 269).

Sendo assim, foram realizados dois grupos focais para possibilitar uma maior homogeneização do grupo e ampliar a possibilidade de compreender a perspectiva dos profissionais que são apoiadores matriciais em Saúde Mental e a perspectiva dos que recebem esse Apoio. Um dos grupos foi realizado com quatro apoiadores matriciais em Saúde Mental

que são profissionais de CAPS. O outro grupo foi realizado com três profissionais da ESF, dois do CSF Emylio e um do CSF Elívia.

Os dois grupos focais aconteceram no final de 2011, em um salão de festas de um condomínio que possuía condições adequadas para garantir acesso, sigilo e privacidade dos profissionais que participaram da pesquisa. Os grupos focais foram facilitados por mim e durante a sua realização contaram com a presença de pelo menos um redator. Os grupos focais também foram gravados em áudio e foram transcritos por uma transcritora profissional. O grupo focal com profissionais da ESF teve a duração de aproximadamente 2 horas. Já o grupo focal com os apoiadores matriciais teve a duração de 2 horas e 15 minutos.

Finalmente, após a explicitação dos instrumentos para a construção dos dados da pesquisa, será descrito como foi o procedimento da análise dos dados da pesquisa.

3.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Após a construção dos dados da pesquisa, o tratamento dos mesmos foi realizado a partir da análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo (BARDIN, 2011; MINAYO, 2008). Segundo Minayo (2008, p. 316), “a análise temática consiste em descobrir os núcleos do sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico visado”. De acordo com Bardin (2011, p.135), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Desta forma, a ideia de tema permite a junção de unidades de relações, de núcleos de sentido, que pode ser representada por meio de uma frase, de uma palavra ou de um resumo.

Segundo Bardin (2011, p. 135),

O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. Não é possível existir uma definição de análise temática, da mesma maneira que existe uma definição de análise lingüística.

Então, para conseguir perceber melhor a construção de sentidos dos profissionais nas falas elaboradas na construção dos dados da pesquisa, a escolha das unidades de análise foi mais extensa do que comumente se costuma ver em análise de conteúdo.

A análise temática foi realizada em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretados (MINAYO, 2008). Na pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante e, posteriormente, uma leitura exaustiva do material produzido na pesquisa a partir da transcrição das entrevistas individuais semi-estruturadas e dos dois grupos focais. As anotações de campo não foram submetidas ao processo da análise de conteúdo, pois foram utilizadas apenas como recurso auxiliar para melhor contextualização da construção dos dados da pesquisa.

Desta forma, foi realizada a constituição do corpus da pesquisa. A partir da pré-análise do material foram definidas duas dimensões para a exploração do material e tratamento dos resultados: a dimensão de organização e de funcionamento do Apoio Matricial em Saúde mental na Estratégia de Saúde da Família; e a dimensão dos sentidos construídos pelos profissionais sobre questões importantes relacionadas ao Apoio Matricial em Saúde Mental nos CSF.

Já na segunda etapa da análise temática foi realizada a exploração do material, na qual foi efetivado um processo de codificação de cada transcrição de entrevista e de grupo focal, que será melhor especificado posteriormente. Então, após a codificação, foi realizada a construção de cinco quadros temáticos (APÊNDICES D, E, F, G e H), três para as entrevistas com coordenadores de CSF e dois para os grupos focais realizados durante a pesquisa. A construção dos quadros temáticos possibilitou uma organização dos dados da pesquisa. Além disso, ajudou na identificação das informações e no tratamento e interpretação dos dados.

Sendo assim, na construção dos quadros temáticos, inicialmente foram recortadas as unidades de análise. Posteriormente, as unidades de análise foram organizadas em cada uma das duas dimensões definidas na fase da pré-análise. Finalmente, estas unidades de análise foram reagrupadas em categorias menores que emergiram a partir das temáticas das falas dos profissionais e gestores, bem como dos objetivos da pesquisa.

Com o objetivo de explicitar melhor como foi realizada a organização do material, trarei um exemplo de quadro temático de uma entrevista com coordenadora e outro de um grupo focal. Já que foi utilizado um processo de codificação diferente para esse dois instrumentos na construção dos dados.

Exemplo de quadro temático de uma entrevista com coordenadora de CSF:

Quadro 4 – Exemplo do Quadro temático S6-E6, para explicar como foi a organização e codificação dos quadros temáticos para análise do material das entrevistas.

Dimensão Temática	Categoria	Código	Unidade de Análise
Sentidos dos Coordenadores dos CSF sobre	O AM em SM e sua relação com as Residências Médica e Multiprofissional	(E6.15.1)-(E6.15.7), Pg. 2	Era maravilhoso. O [...] educador físico, fez um grupo enorme de caminhada aqui, que desmoronou quando ele foi embora. Eles tinham o [...] psicólogo, que dava um apoio muito grande em tudo que a gente precisava aqui era <i>ele</i> . Tudo, tudo. Uma ajuda com um profissional que não estava se dando bem com a população, ele ia, conversava. Tudo. Tudo a gente pedia uma opinião a ele. Tudo ele trazia, estudos pra orientar a gente como agir. Em tudo eles ajudavam. (<i>Resposta à pergunta “Como era a Residência Multiprofissional?”</i>)

Diante desse exemplo, explico, agora, a significação dos códigos utilizados nas entrevistas com os coordenadores. A primeira letra, E, faz referencia ao fato desse quadro temático ter sido elaborado a partir de uma entrevista, o número 6 refere-se à identificação do coordenador de CSF na pesquisa, o próximo número refere-se à pergunta. Já o último número, à linha da pergunta onde se encontra o início da unidade. Desta forma, o Código “(E6.15.1)-(E6.15.7), Pg. 2” representa que, na entrevista com a coordenadora 6, foi retirada uma unidade de análise da sua resposta à pergunta de número 15. Tal unidade de análise vai da primeira à sétima linha da resposta dessa pergunta e encontra-se na página número 2 da transcrição desta entrevista.

Contudo, na discussão dos resultados, antes do código da transcrição, em toda unidade de análise citada, foi incluída também a identificação do quadro temático, bem como o número da página do quadro temático na qual esta unidade de análise se encontra. Como no exemplo abaixo:

O [...] educador físico, fez um grupo enorme de caminhada aqui, que desmoronou quando ele foi embora. Eles tinham o [...] psicólogo, que dava um apoio muito grande em tudo que a gente precisava aqui era ele. Tudo, tudo. Uma ajuda com um profissional que não estava se dando bem com a população, ele ia, conversava. Tudo. Tudo a gente pedia uma opinião a ele. Tudo ele trazia, estudos pra orientar a gente como agir. Em tudo eles ajudavam. (Quadro Temático S6, pg. 2 – (E6.15.1)-(E6.15.7), Pg. 2)

Assim, o código da unidade de análise do exemplo acima, “(Quadro Temático S6, pg. 2 – (E6.15.1)-(E6.15.7), Pg. 2)”, significa que esta unidade de análise encontra-se na página 2 do quadro temático do sujeito S6. Além disso, indica que, na entrevista com a coordenadora 6, esta unidade de análise foi retirada da sua resposta à pergunta de número 15. Também refere que esta unidade de análise vai da primeira à sétima linha da resposta dessa pergunta e encontra-se na página número 2 da transcrição desta entrevista.

Segundo, Bardin (2011, p. 131) a fase da exploração do material é “longa e fastidiosa”. Devo confessar que concordo com a autora, pois o processo de codificação e construção dos quadros temáticos, principalmente dos grupos focais, foi complexo, lento e cansativo. Um dos principais desafios que tentei superar foi a elaboração de códigos que possibilitassem a percepção das interações que aconteceram no decorrer do grupo focal.

Por fim, agora, passarei para os exemplos de codificação do quadro temático dos grupos focais:

Quadro 5 - Exemplo do Quadro temático G2 – Profissionais da ESF, para explicar como foi a organização e codificação dos quadros temáticos para análise do material dos grupos focais.

Dimensão Temática	Categoria	Código	Unidade de Análise
Organização e funcionamento do AM em SM	CSF Elívia - (Participantes)	G2.P7.RQ8.P7 - Pg. 12, lin. 11-14	no nosso matriciamento os ACS participam. A gente coleta a história, faz todo o relatório, aí a gente senta primeiro com a equipe médica, aí eles vão discutir junto com a gente. E quando o paciente vê, ele se sente mais aconchegado com a ACS, porque tem mais comunicação.
	CSF Emylio (Participantes)	G2.P5.RQ7E- Pg. 11, lin. 35	A gente estipula ser sempre dois pra estar lá e exatamente não ficar muita gente.
	CSF Emylio (Participantes)	G2.P6.RQ7- Pg, 11, lin. 38	Tá faltando os ACS né? No começo eles estavam indo.
	CSF Emylio (Participantes)	G2.P5.C(G2.P6.RQ7)- Pg. 11, lin. 40-46	Pois é, não tá indo o ACS, que eu acho que deveria estar. [...] o próprio espaço físico do posto é insatisfatório, porque o pessoal não cabe naquela sala ali, aí vão os estudantes.

Na codificação dos dados dos grupos focais, todas as páginas foram enumeradas, bem como as linhas de cada página, que, no caso, foram enumeradas de 1 a 50. Os grupos focais foram nomeados de G1, grupo com os apoiadores matriciais, e de G2, grupo com profissionais da ESF. Assim, na codificação, a primeira letra seguida de número faz referência ao grupo (G1 ou G2). Após o primeiro ponto, a segunda letra seguida do número faz referência ao profissional que está falando, que no caso dos participantes dos grupos focais são identificados de P1 até P7 e o facilitador pela letra F. A partir da terceira letra, há variações na tentativa de apontar a interação entre os participantes do grupo focal e também a interação com o facilitador do grupo.

Sendo assim, com o objetivo de deixar mais claro esse processo de codificação elaborei um quadro com variações que são encontradas nos códigos dos grupos focais:

Quadro 6 – Quadro com a explicação dos significados dos códigos encontrados nos quadros temáticos para a organização do material dos grupos focais.

Códigos	Significados
G2.P7.RQ8.P7- Pg. 12, lin. 11-14	Grupo focal com profissionais da ESF (G2), fala do profissional 7 (P7) respondendo à questão número oito (RQ8). Quando tem um ponto e a referência ao profissional após a questão, significa que a pergunta foi direcionada pelo facilitador do grupo para o profissional que está respondendo. Esta unidade de análise encontra-se na página 12 da transcrição desse grupo, inicia-se na linha 11 e termina na linha 14 dessa página.
G2.P5.RQ7E- Pg. 11, lin. 35	Grupo focal com profissionais da ESF (G2), fala do profissional 5 (P5) respondendo a um esclarecimento da sua resposta à questão 7 (RQ7E). Esta unidade de análise está na página 11 da transcrição do grupo e é encontrada na linha 35.
G2.P6.RQ7- Pg. 11, lin. 38	Grupo focal com profissionais da ESF (G2), fala do profissional respondendo à questão número sete (RQ7). Esta unidade de análise está na linha 38 da página 11 da transcrição desse grupo.
G2.P5.C(G2.P6.RQ7)- Pg. 11, lin. 40-46	Grupo focal com profissionais da ESF (G2), fala do profissional 5 (P5) que foi emitida como um comentário (C), depois da fala do profissional 6 na resposta à questão 7 (G2.P6.RQ7). Esta unidade de análise é encontrada na página 11 da transcrição desse grupo, inicia-se na linha 40 e termina na linha 46 dessa página.

Na análise dos dados dos grupos focais, quando as unidades de análise são citadas, também é identificado o quadro temático e a página na qual a unidade de análise pode ser identificada no quadro temático, da mesma forma que as citações das unidades de análise das entrevistas.

Passando, então, para a última etapa da análise de conteúdo, foi realizado o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos. Segundo Minayo (2008) é a partir deste momento que “o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2008, p. 318).

Desta forma, para facilitar a compreensão de como foram organizados o tratamento e a interpretação dos dados desta pesquisa, os Quadros 7 e 8 demonstram as duas dimensões de análise deste trabalho e as suas respectivas categorias.

Quadro 7 – Quadro com as categorias da Dimensão de organização e funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental nos CSF

Dimensão	Categoria
Organização e funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental	- Organização e do funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental no CSF Elívia
	- Organização e do funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental no CSF Emylio
	- Organização e do funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental no CSF Áurea

Quadro 8 – Quadro com as categorias da Dimensão dos Sentidos Construídos sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental pelos profissionais que participaram da pesquisa.

Dimensão dos Sentidos Construídos sobre AM em SM pelos Profissionais	Categorias
Sentidos Construídos sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental pelos Profissionais da ESF	<ul style="list-style-type: none"> - O Apoio Matricial em Saúde Mental e as questões sociais do campo de atuação; - As condições de trabalho nos CSF, o apoio da gestão para a realização do trabalho na ESF e a saúde dos trabalhadores; - O Apoio Matricial em Saúde Mental; - A interação entre os profissionais que atuam na APS; - O Apoio Matricial em Saúde Mental e os processos de Educação Permanente.
Sentidos Construídos Sobre Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF pelos Profissionais Apoiadores que trabalham nos CAPS	<ul style="list-style-type: none"> - O Apoio Matricial em Saúde Mental; - A Interação entre Profissionais no Apoio Matricial em Saúde Mental; - A Gestão e as suas Orientações para o Apoio Matricial em Saúde Mental; - Os Resultados do Apoio Matricial em Saúde Mental para os apoiadores.

Para finalizar, ressalto que o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Sistema Municipal de Saúde Escola, pelas Regionais que participaram da pesquisa e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (ANEXO A). Destaco ainda que todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Reitero que no decorrer do processo desta pesquisa, foram obedecidas todas as exigências desse Comitê e respeitadas todas as questões necessárias para assegurar a ética e o sigilo dos sujeitos envolvidos na pesquisa, bem como dos dados e informações surgidas a partir desta.

4 FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

Esta dimensão de análise refere-se inicialmente às questões mais objetivas de como acontece a organização e o funcionamento do AM em SM em três CSF em Regionais diferentes da cidade. Tais questões serão descritas a partir de informações construídas, durante o processo de pesquisa, principalmente, com coordenadores e profissionais destes CSF e com profissionais dos CAPS que são apoiadores matriciais nos CSF estudados.

Entretanto, as informações obtidas com os coordenadores nem sempre eram iguais às obtidas com os profissionais, demonstrando pouca comunicação principalmente entre coordenadores e profissionais dos CSF sobre o processo de trabalho do AM em SM. Assim, na maioria das situações optei em colocar a informação dada pelos profissionais, pois vários coordenadores afirmaram nas entrevistas que não estavam acompanhando de perto o funcionamento do AM em SM e apontaram com clareza a necessidade de um momento para avaliar as ações desenvolvidas pelos profissionais no AM em SM.

Em algumas situações, também houve contradição entre as informações dos profissionais dos CAPS com as dos profissionais dos CSF. Nestes casos, eu voltei a ligar para os informantes da pesquisa apontando as diferenças entre os dados, a fim de confirmar e obter um consenso sobre as informações.

Assim, esta dimensão de análise será iniciada com uma tentativa de condensar, de forma breve, as informações mais relevantes para a compreensão da organização e do funcionamento do AM em SM nos três CSF pesquisados. Posteriormente, serão abordados alguns aspectos que parecem ser comuns aos CSF estudados e que despertaram a minha atenção como pesquisadora. Sem, no entanto, pretender fazer generalizações em cima das reflexões entre os aspectos comuns percebidos.

Nesta dimensão de Análise virá, em seguida, uma categoria que traz a descrição sobre a organização e o funcionamento do AM em SM em três lugares: **No Centro de Saúde da Família Elívia; No Centro de Saúde da Família Emylio; e No Centro de Saúde da Família Áurea.**

Nesse sentido, nesta categoria foi dada ênfase para os dados objetivos dessa organização, tais como: frequência, duração dos momentos de Apoio, profissionais que participam e contribuem com a organização dos encontros de AM em SM nos CSF e como

acontecem os encontros. Entretanto, os dados objetivos são informados por pessoas que de alguma forma estão envolvidas nessa organização e trazem percepções e sentidos construídos no cotidiano do seu trabalho e durante a construção de dados da pesquisa que complementam essas informações objetivas.

Desta forma, o Quadro abaixo condensa algumas características do funcionamento do AM em SM nos CSF pesquisados.

Quadro 9 – Características do funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental nos três CSF pesquisados

	CSF <i>Elvíia</i>	CSF <i>Emílio</i>	CSF <i>Áurea</i>
Nº de equipes da ESF no CSF	5	6	5
Nº de equipes da ESF que participam do AM em SM	4 (RM)	1 (RM)	0
Profissionais do CSF que geralmente participam do AM em SM com os profissionais do CAPS	- 1 médico Preceptor da RM (em cada encontro semanal) - 1 médico residente (em cada encontro semanal) - ACS (participam quando tem casos da sua área) - 1 profissional do NASF por semana (revezamento) - 1 enfermeira (às vezes, participa)	- 1 Médica (ESF – preceptora da RM) - 1 Enfermeiro (ESF) - 2 Internos (revezamento) - 1 Médico (Estudante RM, às vezes, participa)	- 1 Enfermeira (20 horas AB) - 1 Psicóloga (NASF)
Frequência do AM em SM	Semanal (1x por mês para cada equipe da RM)	Mensal	Inconstante (fazia 6 meses que não acontecia)
Possui Residência Médica (RM)	Sim	Sim	Não
Possui Residência Multiprofissional	Já possuiu	Nunca possuiu	Nunca possuiu
Ações de ensino em serviço de cursos de graduação em saúde	Sim	Sim	Sim
Profissional do CSF que é a referência para os atendimentos em SM.	Não tem um profissional específico	Não tem um profissional específico	Enfermeira (20 horas) e Médica professora de uma universidade que atua no CSF e acompanha estudantes de medicina (20 horas)

Assim, é interessante notar peculiaridades na organização e no funcionamento do AM em SM em cada contexto. Com isso, aproveito para alertar novamente que essa pesquisa não tem pretensão em generalizar os dados construídos a partir da realidade de cada CSF, mas sim em tentar compreender aspectos relevantes dessa realidade.

Feito esse alerta, gostaria de apontar algumas questões que despertaram a minha atenção. A primeira delas refere-se ao fato de que nos dois CSF que possuem residência médica (CSF *Elvíia* e CSF *Emílio*), os preceptores estão diretamente envolvidos e comprometidos com a organização do AM em SM. Além disso, o processo formativo da residência parece favorecer a organização e funcionamento do AM em SM, permitindo uma participação e frequência mais constante dos profissionais envolvidos. Já no CSF *Áurea*, a profissional “que abraça” os usuários da SM no CSF também é uma profissional da medicina envolvida em um processo de educação de ensino em serviço. Essa profissional se queixa de

não ter o apoio de outros profissionais da SM o que limita muito a realização do AM em SM no CSF Áurea.

Essas observações parecem apontar que os profissionais da medicina envolvidos em processos de educação na APS, nesses três CSF, caminham no reconhecimento da importância do trabalho em conjunto com outras categorias profissionais na ESF. Seguindo, desta forma, em uma direção diferente da apontada pelo Ato médico e contribuindo para ampliar a integralidade no SUS e na APS.

Com isso, os processos de educação permanente na APS, nos três CSF pesquisados, em especial a Residência Médica e a Multiprofissional, parecem ajudar a diluir as rígidas fronteiras entre as profissões da saúde e a favorecer mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde, conforme aponta Barreto *et al.* (2006). Desta forma, os processos de educação permanente na APS, ao favorecerem a realização do AM em SM, também favorecem o “manejo do conhecimento que valorize a singularidade dos casos e possibilite um equilíbrio dinâmico entre os saberes dos vários profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial.” (CAMPOS, CUNHA, 2011, p. 106).

Contudo, em pesquisa qualitativa realizada na cidade de Fortaleza em um CSF de cada uma das seis SER, Cavalcante *et al.* (2011, p. 106) afirmam que:

O cuidado em saúde mental ainda acontece de forma esporádica por parte de alguns trabalhadores de saúde na atenção básica, devido à manutenção e à continuação do modelo de atenção centrado nos aspectos biológicos em detrimento dos aspectos psicossociais. Porém, para que o cuidado aconteça de maneira integral e holística, deve existir uma interlocução entre esses aspectos, de forma que todos sejam valorizados, na tentativa de atender às necessidades de saúde de cada usuário do SUS.

Desta forma, a partir dos dados apresentados no Quadro 9, percebe-se um envolvimento maior dos profissionais que estão inseridos em processos formativos na APS nas ações de cuidados em SM. O que parece indicar uma compreensão mais integral do processo saúde e doença e a valorização do saber de várias categorias profissionais da saúde, não restringindo a sua atuação ao modelo biomédico e favorecendo a construção da clínica ampliada (CAMPOS, 2003) na APS.

4.1 NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELÍVIA

O CSF Elívia possui 5 equipes da ESF, dentre as quais, 4 possuem profissionais que são estudantes da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RM) e são essas equipes da residência que participam do AM. A equipe da ESF que não é da residência não participa do AM, o motivo para a não participação não foi informado. Assim, quem organiza o AM neste posto são os preceptores da Residência Médica, que também participam do mesmo, como nos sugere a fala da apoiadora matricial do CAPS:

[...] lá os médicos têm a residência médica, então eles já são organizados na residência médica, de um dia na semana fixo a gente ter esse matriciamento. Eles fazem escala pra dois/três meses, as equipes vão estar *um turno* pela manhã e a gente também fez a escala dos profissionais do CAPS AD e Geral e a equipe do NASF [...]. Então, uma vez por mês já tem aquela equipe fechada, com aquele grupo do CAPS e do NASF. A gente se encontra mensalmente com esse grupo, eles discutem os casos antes com os agentes de saúde que trazem o caso pra eles. (Quadro temático G1, p. 1/ G1.P4.RQ1- Pg.2, lin. 49-50 – Pg.3, lin.1-7.)

Segundo a coordenadora do CSF, o AM em SM acontece com reuniões, em um turno por semana, envolvendo os profissionais do CAPS e os residentes e preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RM). Alguns ACS, “só aqueles mais engajados, que gostam mesmo” (Quadro temático S6, pg.1 – (E6.3.1)-(E6.3.2), Pg. 1) participam do AM no dia reservado para a sua equipe. Já os profissionais de enfermagem do posto, apenas um foi apontado como participante, quando é solicitado.

Em relação à participação de profissionais no AM em SM, a apoiadora do CAPS informa que: “Antes o NASF ia de vez em quando, mas quem assumia mesmo era a residência multi. Aí saíram agora e a gente tá trazendo essa discussão junto com o NASF” (Quadro temático G1, p. 1/ G1.P4.RQ3E.P4- Pg.10, lin.12-14). Entretanto, a profissional do CAPS aponta que não tem nenhum profissional específico da SM no NASF desse CSF, mas eles estão participando do AM em SM e se apropriando:

Estão indo também. Apesar de não ter um específico da saúde mental, mas eles estão participando, estão discutindo, estão se apropriando. Acho que só de estar junto nesse momento já é importante pra gente poder co-responsabilizar também por esse acompanhamento do matriciamento. (Quadro temático G1, p. 1/ G1.P4.RQ3E.P4- Pg.10, lin.18-21).

Assim, a apoiadora matricial em SM do CSF Elívia, ao se referir à organização desse processo de trabalho nesta unidade de saúde, afirma que:

No CSF *Elvíia* acontece com um direcionamento com as pessoas que estão na organização. Os dois preceptores que estão lá e que participam também do matriciamento junto com os médicos, fizeram o curso da BABEL também. Lá tinha equipe multi também, acho que foi o grande pontapé inicial que até qualificou o matriciamento lá nas discussões e capacitações com os médicos. Então, acho que isso foi uma coisa muito forte, que por isso caminhou e caminhou legal. [...] nos outros postos não tem, a gente não vê muito isso. A gente vai discutir com a coordenação, com a equipe, eles não querem, não priorizam, não entendem direito o que é isso. (Quadro temático G1, p. 1/ G1.P4.RQ3- Pg.9, lin.39-44/Pg. 10, lin. 3-5).

Desta forma, a profissional aponta para a relevância de vários processos de Educação Permanente na efetivação do AM em SM no CSF *Elvíia*, confirmando em parte o que aponta o documento com as Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009, p. 14), o qual afirma “que o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente”.

Entretanto, a sinergia apontada pelas Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009), nesse contexto, faz referência à educação permanente, como um processo que é realizado a partir de uma ação técnico-pedagógica do profissional da SM de forma isolada, sem a sua inserção em um processo formativo de ensino em serviço estruturado para orientar a ação técnico-pedagógica do profissional. Com isso, o documento do MS passa a impressão que os profissionais que atuarão no NASF já possuem capacidade para desenvolver um processo de trabalho que é bastante recente e para o qual eles não foram preparados na graduação.

Contudo, a fala da apoiadora matricial do CSF *Elvíia* aponta em uma direção que vai além da abordada pelas diretrizes do NASF (BRASIL, 2009), pois só nesse trecho da sua fala ela referiu três processos de Educação Permanente estruturados que acompanharam ações de ensino em serviço no CSF *Elvíia* e estimularam o AM em SM, a saber: Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Residência de Medicina de Família e Comunidade e Capacitação em Saúde Mental na Atenção Primária (Curso da BABEL).

Assim, a fala da apoiadora em SM também revela que nos outros postos que não possuem residência o AM em SM não acontece como no CSF *Elvíia*, mostrando que o processo de organização do AM em SM da forma como acontece no CSF estudado, nessa Regional, é uma exceção.

Continuando a falar do funcionamento do AM em SM no CSF *Elvíia*, na entrevista com a coordenadora, esta afirmou que não estava muito a par da organização do AM em SM e nem do que impulsionava a sua realização. Informou, antes do início da entrevista, que quem sabia tudo sobre o AM em SM no CSF era a preceptora da Residência

Médica, que ela (coordenadora) nem se preocupava com isso, pois precisava cuidar das tarefas administrativas do posto.

Nesse sentido, ao ser questionada sobre o que impulsiona a organização do AM em SM no CSF Elívia, a coordenadora respondeu:

Não sei te dizer. Tô totalmente por fora. Mas o que tá acontecendo, isso tudo que a Doutora Camila (*Preceptora da Residência médica que havia acabado de falar um pouco para nós duas como funcionava o AM em SM e sobre alguns casos que tiveram um bom acompanhamento com o mesmo*) falou, eu não sabia. (Quadro Temático S6, p. 2/ (E6.6.1)- (E6.6.2), Pg.1).

Entretanto, ao ser questionada se a Residência era algo que impulsionava a realização do AM em SM, ela afirmou que a Residência Médica: “Bota tudo para frente. Tudo anda com a residência” (Quadro temático S6, pg.2 - (E6.10.1), Pg. 2). Logo após, esclarece um pouco mais o que quis dizer com “tudo”: “Tudo. Em atendimento, em grupo, no matriciamento. O matriciamento é feito só com a residência. A gente só vê eles comentando sobre o matriciamento.” (Quadro temático S6, pg.2 – (E6.11.1)-(E6.11.3), Pg 2).

Quem iniciou o processo de organização do AM em SM no CSF foram os profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. A coordenadora afirma que era maravilhoso ter a Residência Multiprofissional no posto, destacando várias ações desenvolvidas por estes:

O [...] educador físico, fez um grupo enorme de caminhada aqui, que desmoronou quando ele foi embora. Eles tinham o [...] psicólogo, que dava um apoio muito grande em tudo que a gente precisava aqui era ele. Tudo, tudo. Uma ajuda com um profissional que não estava se dando bem com a população, ele ia, conversava. Tudo. Tudo a gente pedia uma opinião a ele. Tudo ele trazia estudos pra orientar a gente como agir. Em tudo eles ajudavam. (Quadro Temático S6, pg. 2 – (E6.15.1)-(E6.15.7), Pg. 2)

Diante disso, fica muito claro o quanto as Residências nesse CSF cumprem um papel de fundamental importância no seu funcionamento como um todo, não apenas no AM em SM.

Neste CSF, no AM em SM são realizados atendimentos em conjunto (consultas conjuntas, visitas domiciliares etc.) e discussões de casos.

Cada semana é uma equipe, cada uma de uma área. Aí eles trazem e repassam os casos e a gente vai discutir junto quais serão as intervenções. Se vai ser a nível de CAPS, se a nível de atenção básica ou se vai ter outro suporte da rede pra discutir junto como serão esses encaminhamentos. Alguns, a gente remarca na mesma semana visitas conjuntas, outros eles preferem ter outras visitas, pra poder entender, conhecer e viver melhor o caso, e aí a gente remarca pra discutir num próximo, no outro mês. Caso não dê pra aguardar, pra esperar na semana a gente disponibiliza contatos também, contato com o CAPS e a gente vai acompanhando junto. (Quadro temático G1, p.1/ G1.P4.RQ1- Pg. 3, lin. 17-24).

Assim, a fala da apoiadora matricial demonstra a importância do apoiador matricial possuir uma certa flexibilidade na organização do seu processo de trabalho para poder apoiar as equipes da ESF. Em pesquisa na cidade de São Paulo, Delfini e Reis (2012) revelam que a rigidez na agenda dos profissionais é um dos problemas enfrentados para a estruturação do AM em SM na cidade:

São mencionados, com frequência, problemas da rede de saúde pública, tais como escassez de recursos humanos e de serviços, rigidez nas agendas e cobrança por produtividade que atrapalham ou, até mesmo, inviabilizam o funcionamento do apoio matricial, pois não há espaço para discussão de casos, intervenções conjuntas e participação em cursos de capacitação. (DELFINI, REIS, 2012).

De acordo com a ACS, P7, que participou do grupo focal com profissionais da ESF, em geral, antes do encontro com os apoiadores, os ACS inicialmente identificam um caso, colhem a história do paciente e sentam com a equipe médica para discutir o caso. Somente depois é que a discussão do caso é levada para o AM. Nesse sentido, a profissional do CAPS que apóia esse CSF refere que:

Ficam presentes, na maioria das vezes, o médico e o agente de saúde, poucas vezes tá a enfermeira. Algumas equipes trazem a enfermeira junto. Os agentes trazem o médico que no caso fazem a visita e nos casos mais complicados eles trazem pro matriciamento e aí a gente discute em média de cinco a seis casos por turno e aí a gente vai pensar junto as intervenções como é que vão ser. Basicamente, o geral é isso. (Quadro temático G1, p. 1/ G1.P4.RQ1- Pg.3, lin.9-14).

Quanto à importância do AM em SM, a coordenadora do CSF Elívia afirmou que:

[...] eu acho que a população necessita. Se aqui tivesse um psicólogo como o que estava aqui (*Refere-se a um psicólogo que era da Residência multiprofissional e trabalhava neste CSF*), estava tendo um apoio muito grande. A população, realmente, precisa. Precisa e aqui não tem. (Quadro temático S6, pg.3 - (E6.20.1)-(E6.20.4), Pg. 3)

Em relação à presença do psicólogo na APS, Böing e Crepaldi (2010) defendem a inclusão do profissional de psicologia na equipe mínima da ESF, pois consideram que a organização do NASF (BRASIL, 2008b) não favorece ações de prevenção e promoção na Atenção Básica, o que limita a atuação dos profissionais de psicologia à condição de especialistas. Desta forma, ressaltam que a inclusão do profissional de psicologia poderia contribuir para favorecer a lógica da clínica ampliada na APS.

Entretanto, paradoxalmente, Böing e Crepaldi (2010) também reconhecem que a formação, a cultura e a identidade tradicional dos profissionais de psicologia não favorecem a flexibilização da sua prática e do seu conhecimento para atuação na APS. Assim, apontam a importância das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e do Pró-saúde para a mudança na formação dos profissionais em saúde. Contudo, consideram que estas não podem ser tomadas como medidas únicas para a mudança no modelo de atuação dos profissionais em saúde. É preciso também ampliar as possibilidades de atuação dos profissionais de psicologia na APS para além do NASF.

Antes do início da entrevista com a gestora do CSF Elívia, esta falava com uma médica, preceptora da Residência Médica, sobre a falta de papel para receituário no CSF. Revelou que tinha comprado do seu dinheiro uma resma de papel para aquele dia e que já havia telefonado para a Regional para avisar que se no dia seguinte não tivesse papel não iria haver atendimento médico no posto. A médica depois comentou algo do tipo “Se a gente sempre comprar a resma, eles nunca vão trazer do tanto que a gente precisa”. (anotações de campo).

Após a entrevista, quando desliguei o gravador, a coordenadora disse que não conseguia acompanhar todos os processos de trabalho do posto de perto, porque tinha que ficar correndo atrás: do papel, do suprimento de fundo, do que estava faltando de material para o funcionamento de rotina da unidade (anotações de campo). Ou seja, a coordenadora, na minha compreensão, parecia dizer que, no seu cotidiano de trabalho, dedicava muito tempo para garantir o mínimo “material” para a unidade funcionar, enquanto que a sua função de gerir e de gerar os processos de trabalho (CAMPOS, 2003) parecia ficar em segundo plano diante da concretude da “falta de papel”, ou a cargo dos preceptores da Residência Médica.

Assim, ao ser perguntada sobre as orientações da gestão da Prefeitura de Fortaleza para a realização do AM em SM no CSF, a coordenadora afirma que não recebeu nenhuma orientação para isso. Tal afirmativa pode indicar que o AM em SM em Fortaleza, ou nesta SER, não é assumido como um arranjo institucional ou como uma estratégia de gestão para a organização das ações dos serviços de saúde, conforme propõe Campos (2003).

Nesse sentido, outra fala, agora, de uma apoiadora matricial, parece nos indicar que a organização do AM em SM como acontece no CSF Elívia não é algo estimulado ou consolidado nos CSF dessa SER:

O exemplo do CSF *Elívia* é bem atípico mesmo. Dentro do posto tem essa priorização do matriciamento, tem esse direcionamento da equipe como um todo, então é bem particular. Os outros postos da regional também é essa rejeição, essas dificuldades, mais demandas, mais problema, vão trazer mais questões. (Quadro temático G1, p. G1.P4.C(G1.P2.RQ1)- Pg.6. lin. 29-32)

Desta forma, podemos perceber que no CSF *Elívia*, apesar de não ter uma orientação da gestão para a organização do AM em SM, pelo menos a partir da coordenadora, existe todo um cuidado dos preceptores da Residência Médica, assim como existiu um cuidado dos profissionais da Residência Multiprofissional, para organizar o AM em SM como um processo de trabalho estruturado no cotidiano da ESF. Com isso, no CSF *Elívia*, destaca-se o papel das Residências de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade como estimuladores da organização do trabalho em AM e em Equipe de Referência, contribuindo para a formação de profissionais para ESF com uma visão mais integral do processo saúde e doença.

4.2 NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA EMYLIO

Este posto possui seis (6) equipes da ESF e a frequência do Apoio Matricial em SM é mensal. Contudo, apenas uma equipe da ESF participa ativamente do AM, a participação de 2 profissionais (um médico residente e uma enfermeira) de outras 2 equipes do posto é esporádica. Há ainda neste posto a participação de dois (2) internos de medicina por encontro de AM em SM.

Desta forma, segundo os profissionais do CAPS que participaram do grupo focal, a postura dos profissionais da ESF que estão envolvidos no AM em SM no CSF *Emylio* é uma postura diferente da que eles costumam ver nos outros CSF da Regional:

Eu vejo que é muito do compromisso pessoal de cada profissional que tá envolvido, não envolve o CSF *Emylio* todo, em sua conjuntura, [...] Não há uma sensibilização do grupo como um todo. (Quadro Temático G1, p. 3/ G1.P2.RQ3- Pg. 12, lin. 9-12)

É diferente pela própria postura dos profissionais que estão envolvidos. É uma postura diferente, mas lá dentro mesmo esse matriciamento não envolve todas as equipes. Lá tem, se não me engano, 6 equipes. Só uma envolvida. (Quadro Temático G1, p. 3/ G1.P2.RQ3- Pg.12, lin.24-26)

A coordenadora do CSF *Emylio* também fez referência ao compromisso dos profissionais que participam do AM em SM no posto. A percepção é que estes profissionais

são extremamente comprometidos e destaca esse compromisso como um impulsionador do AM. A unidade de análise abaixo é uma das que demonstra essa percepção:

Muito comprometidos. Com relação à carga horária, tem equipe que cumpre mesmo com as 40 horas, essas minhas duas equipes cumprem, extrapolam a carga horária deles e de livre e espontânea vontade. É coisa da pessoa mesmo, o compromisso da pessoa mesmo, né? (Quadro Temático S4, pg.4 - (E4.14.10)-(E4.14.14), Pg. 3)

De acordo com os apoiadores matriciais do CAPS, quem viabiliza tudo para acontecer o AM em SM neste posto é a médica P5, preceptora da Residência Médica. Também é ela quem organiza os residentes e os internos para participarem do AM em SM.

[...] a preceptora é a médica que fez a Babel e que tem essa visão diferente do usuário que ela trata. Então, ela viabiliza tudo, os estudantes que vão pra conhecer o posto e estão no matriciamento, eles participam também. Os estudantes que estão fazendo residência são envolvidos e responsabilizados pelo encaminhamento, pelo desdobramento daquele matriciamento. Então, isso me dá muita esperança e toda vez que tem matriciamento lá eu já vou empolgada. (Quadro Temático G1, p. 3/ G1.P2.RQ3- Pg. 12, lin. 14-20).

Segundo a coordenadora do CSF Emylio, as equipes que participam do AM em SM são equipes que têm Residência Médica e ela também acredita que esta é uma das coisas que incentiva essa participação, a sensibilização e a melhor compreensão da importância do AM.

Por coincidência ou não você observa que [...] são equipes que têm residência médica e talvez por isso também vá puxando, vão entendendo melhor a importância, observam melhor as necessidades, se sensibilizando mais com a importância disso. Não vou dizer que é só isso, mas eu acredito que isso de alguma forma esteja contribuindo pra que aconteça mais nessas equipes. (Quadro temático S4, pg.4 - (E4.6.1)-(E4.6.6), Pg. 2)

Outro aspecto apontado pela coordenadora, é que essas equipes atuam em áreas com grande foco de drogas, tráfico e prostituição.

Já no que se refere à participação dos ACS, segundo os profissionais da ESF que participaram do grupo focal, desde que houve uma intensificação da campanha contra a Dengue (a partir da qual os ACS tiveram que trabalhar de forma mais intensa com os agentes de endemias), os ACS pararam de participar do AM em SM.

Pois é, não tá indo o ACS, que eu acho que deveria estar. [...] o próprio espaço físico do posto é insatisfatório, porque o pessoal não cabe naquela sala ali, aí vão os estudantes. (Quadro temático G2, p. 1/ G2.P5.C(G2.P6.RQ7)- Pg. 11, lin. 40).

As informações sobre a participação dos ACS no AM em SM referidas pelos profissionais contradizem, em parte, as informações passadas pela coordenadora. Pois esta, ao ser perguntada sobre a participação dos ACS no AM em SM, afirmou que os ACS:

“Participam. Porque eles vêm, eles têm que fazer, se eles não trouxeram, a comunidade não vem. É muito difícil eles virem.” (Quadro temático S4, p. 1/ (E4.20.1)- (E4.20.2), Pg. 5).

A coordenadora concorda com os profissionais da ESF em relação ao espaço do posto, tanto que este é o primeiro assunto que ela aborda na entrevista. Desta forma, a coordenadora inicia a entrevista, falando que acha que o AM em SM fica um pouco comprometido neste CSF por conta do espaço do posto que é muito pequeno e insuficiente para as necessidades de funcionamento do mesmo.

[...] nossos consultórios são pequenos, o número de salas tá muito pequeno pras nossas necessidades. Porque nós temos equipes completas, temos profissionais de 20 horas e daí, por exemplo, o apoio matricial acho que fica um pouquinho comprometido no sentido dos espaços por conta disso. (Quadro temático S4, p. 1/ (E4.1.2)- (E4.1.5), Pg.1).

Assim, a limitação de um espaço adequado, também apareceu na fala da gestora, quando esta faz uma reflexão sobre a sua atuação como coordenadora do serviço. S4 revela, quase ao final da entrevista, que estava um pouco por fora de como está acontecendo o AM em SM, porque ela passou um mês de licença saúde e por conta do cotidiano agitado da coordenação do serviço. Entretanto, a gestora reconhece a importância de planejar e avaliar o processo de trabalho do CSF, mas refere que o cotidiano de trabalho no posto é muito tumultuado e que não consegue se concentrar para fazer isso. A coordenadora cita um exemplo que parece ser bem ilustrativo dessa dificuldade:

Por exemplo, eu fiz dois cursos de gerenciamento: um na Escola de Saúde Pública, outro na Unicamp. Eu não botei 1/3 do meu aprendizado aqui dentro, porque o que eu preciso é de tempo pra fazer e eu não tô conseguindo. Mas mesmo assim a gente vai levando, aqui tá se organizando, mas aí é como tô falando, tem coisa aqui que não consegui responder, porque eu não participei, eu não fiz a avaliação com eles, que era importante pra gente também se inteirar. Até porque as próprias equipes devem estar sentindo a minha ausência né, não pra participar do matriciamento, mas em termos de avaliação, de ouvir, da responsabilidade, essa coisa toda. Que é importante. (Quadro Temático S4, pg.2 - (E4.35.11)-(E4.35.20), Pg. 7)

Desta forma, a fala da coordenadora do CSF Emílio, sobre a falta de tempo para a avaliação do processo de trabalho, traz certa semelhança com a fala da coordenadora do CSF Elívia. Segundo Campos (2003, p. 124), a gestão tradicional nos serviços de saúde trabalha muito a dimensão do gerir, assim a gestão “tem sido a disciplina do controle por excelência. Preocupada sempre com o aumento de mais-valia, de produtividade, e de reprodução do *status quo*”. Contudo, o autor aponta a necessidade da criação de uma dimensão geratriz, a qual abriria “para a gestão um lugar e um tempo. Criar e instituir espaços nos quais se possa experimentar tomada de decisões coletivas. Espaços nos quais seja possível formular projetos.” (CAMPOS, 2003, p. 124).

Nesse sentido, Campos (2003) aponta o Apoio Matricial como um arranjo que facilitaria a dimensão geratriz na gestão de serviços de saúde. Com isso, a proposta é que o AM seja uma estratégia organizacional estimulada pela gestão para oferecer suporte técnico-especializado para equipes de referência. Contudo, essa dimensão geratriz da gestão parece pouco presente no cotidiano do trabalho das coordenadoras do CSF Elívia e do CSF Emylio.

Sendo assim, voltando para o discurso da coordenadora do CSF Emylio, a gestora local reconhece a necessidade de uma maior atenção para uma discussão sobre o processo de trabalho do AM em SM e sugere um espaço para avaliação desse processo. Desta forma, a proposta da coordenadora segue na direção ressaltada por Campos (2003).

De acordo com Figueiredo e Campos R (2008) para fortalecer a lógica do trabalho em AM em SM é necessário trabalhar:

[...] junto às equipes, instalando espaços destinados à reflexão e análise crítica sobre o próprio trabalho, e que possam ser continentes aos problemas na relação entre a equipe, aos preconceitos em relação à loucura, à dificuldade de entrar em contato com o sofrimento do outro e à sobrecarga trazida pela lida diária com a pobreza e a violência. Todas essas questões podem dificultar o trabalho com o apoio matricial, se os profissionais não tiverem espaços de reflexão e formação permanentes para processá-las, que sejam capazes de realimentar constantemente a potencialidade do apoio matricial, enquanto arranjo transformador das práticas hegemônicas na saúde.

Já em relação ao transporte dos profissionais do CAPS para o AM em SM, a coordenadora do CSF Emylio afirma que é realizado por um carro da SER. O carro, que faz a visita domiciliar de rotina deste posto, sai da regional, no início da tarde, direto para os CAPS e depois para o posto. Assim, o carro sai com profissionais da ESF, “vai fazer visita domiciliar de rotina, eles (*apoiadores matriciais*) ficam aqui né, fazendo o matriciamento depois o carro vai deixar eles de volta.” (Quadro temático S4, p.1/ (E4.8.1)- (E4.8.2), Pg. 3).

No que se refere às orientações da gestão da Prefeitura de Fortaleza para realização do AM em SM, a coordenadora do CSF, quando questionada a esse respeito, informou que:

É, existe e já teve... Reuniões. Esse ano mudou um pouco as coisas por conta do pessoal da dengue, mas já tivemos reuniões. E, também, você sabe, tiveram muitas mudanças na saúde mental, ficaram sem médico aí e tudo. Acho que são dificuldades estruturais, da organização da própria SMS, não sei bem o que foi que aconteceu, eu só me lembro que realmente tiveram alguns profissionais que saíram né? Tanto CAPS geral quanto CAPS AD. Acho que isso aí dificultou também até a história do matriciamento, né? Com os profissionais saindo, pedindo demissão... Acho que isso tem balançado um pouco. (Quadro temático S4, p. 4/ (E4.22.1)- (E4.22.9), Pg. 5).

Como visto, a fala da coordenadora parece indicar que no último ano não houve um esforço da gestão na organização desse processo de trabalho. Entretanto, a coordenadora aponta que parece haver dificuldades estruturais na organização da SM da cidade que dificultam o AM em SM e influenciam no pedido de demissão de profissionais da SM. O aspecto de pedidos de demissão de profissionais da psiquiatria também foi abordado brevemente pelos profissionais da CAPS, assim como outros obstáculos estruturais foram apontados, mas serão analisados de forma mais específica na dimensão dos sentidos desses profissionais.

Seguindo com a organização do AM em SM no CSF Emylio, os profissionais apoiadores matriciais do CAPS, ao trazerem a organização desse processo de trabalho no CSF Emylio, também trazem alguns aspectos do funcionamento do AM em SM de forma mais ampla nessa Regional:

[...] o formato em si é do atendimento conjunto. Nós não ainda vivemos essa experiência de estudo de caso, que também é um dos recursos pra realização do matriciamento. Então, a regional através da coordenação faz uma planilha. Era a coordenação da regional que fazia o calendário. [...] É feito o calendário, que é partilhado na roda da gestão das unidades de saúde básica e é informada à coordenação dos CAPS. E a partir dessa agenda, nós fazemos as visitas semanais. Uma por mês. Como o posto de saúde já tem essa agenda, o que se espera é que quando a equipe chegar lá no posto, eles vão estar com os casos que não estão conseguindo fazer o acompanhamento e colocam pra fazer atendimento conjunto. O que vem ocorrendo é que nós vamos pra o matriciamento e quando chegamos lá, com raras exceções, o CSF *Emylio*, por exemplo, os outros postos todos são casos novos. Tipo assim tem unidades de saúde sem equipes completas, aí vai um profissional, ou outro, às vezes não tem nenhum pra ir. Entende? Então, é o agente de saúde que capta esse caso e leva diretamente pra fazer o atendimento conjunto. (Quadro Temático G1, p. 2/ G1.P2.RQ1- Pg. 4, lin. 1-11).

Assim, a apoiadora matricial esclarece que o AM em SM como acontece no CSF Emylio, não é algo rotineiro nessa Regional, pelo contrário, é exceção. Apesar disso, a profissional aponta que existe uma articulação no nível da SER envolvendo gestores locais e regionais com o intuito de facilitar a organização do trabalho em AM e equipe de referência. Tal fato parece demonstrar que nessa SER o AM em SM se aproxima de uma estratégia de gestão como propõe Campos (2003).

Entretanto, a outra apoiadora dessa mesma SER, P1, refere que, da última vez, quem realizou a organização do calendário e propôs uma reunião com gestores de CSF e profissionais da ESF e do NASF foi a própria equipe de AM em SM:

Foram tarefas nossas, da equipe, a elaboração de um novo calendário, que foi anual; respeitando sempre essa lógica de uma vez/mês e de ter aquela data definida: *um dia por semana* à tarde, sempre né? E foi feito um relatório nosso de uma avaliação do matriciamento, foi feita também uma reunião, convocamos os gestores e as equipes de matriciamento das unidades de saúde, dos NASF também. E foi, mais precisamente, o CSF *Emylio*. De fato, essas coisas refletem. Se é um posto onde está sendo feito com maior regularidade, muito embora tenha tido dificuldades. (Quadro Temático G1, p. 3/ G1.P1.RQ1 - Pg. 5, lin. 30-37).

Contudo, apesar do esforço de profissionais e gestores na organização do processo de AM em SM, os obstáculos estruturais de baixa cobertura da ESF e de carência de profissionais da medicina na APS dificultam, sem inviabilizar, a realização do AM em SM. Conforme aponta a apoiadora P2:

[...] quem faz o atendimento conjunto somos nós (*os profissionais da equipe de AM em SM, duas psicólogas e um psiquiatra*) [...] e a agente de saúde, que é quem fica responsável pra dar encaminhamento. Ou quando tem alguém do NASF. Porque na unidade não tem médico, recentemente entrou um, mas o médico é tão ocupado em dar conta dos afazeres do posto, que não tem tempo pra fazer o matriciamento. Essa é a realidade da maioria dos postos. (Quadro Temático G1, p. 3/ G1.P2.RQ1- Pg.4, lin.9-14).

Neste sentido, a fala da profissional faz referência a um gargalo na consolidação do SUS, que é a necessidade de uma política de recursos humanos coerente com os desafios enfrentados pelos profissionais no cotidiano do trabalho no SUS. Houve um grande investimento na ampliação e estruturação da ESF no Brasil, entretanto ainda são precários diante dos desafios que a realidade sanitária exige (Góis, 2008). Nesse contexto, o trabalho do profissional de medicina tem sido apontado como uma das principais dificuldades para a efetivação da ESF. Campos *et al.* (2008, p. 138) trazem reflexões bastante críticas, no entanto, coerentes, que contribuem para o entendimento dessa questão:

A crítica à bio-medicina, para alguns, transforma-se em combate aos médicos em geral. Talvez se esteja alimentando um círculo vicioso: más condições de trabalho, indefinições políticas / insegurança e demanda excessiva reforçam uma clínica reduzida ao núcleo profissional, dificultam o vínculo e facilitam a rotatividade profissional. Talvez ainda seja válida a crítica a uma tendência na área de saúde coletiva de tomar o trabalho médico como intrinsecamente comprometido com a reprodução e manutenção do capitalismo, não reconhecendo méritos na clínica individual. Neste movimento paradoxal tem sobrado pouco espaço real de diálogo sobre o trabalho médico tanto com os próprios, quanto a seu respeito na sociedade. O que diminui as chances de se construir uma política pública capaz de incluir estes profissionais nos serviços de saúde. Com isto existe o risco, na verdade, de uma aproximação da missão da atenção básica das ações de saúde que prescindem do médico. Sob um discurso aparentemente progressista estreita-se o caminho para não se implantar o SUS e, de fato, perpetuar a predominância do sistema privado. Para completar o quadro podemos diagnosticar, lado a lado deste discurso hiper-crítico do trabalho médico, uma certa expectativa de adesão da categoria médica ao SUS por meio de uma conversão a um certo “espírito missionário”. Ou seja, a presença de um certo apelo moralizante que, na verdade, se opõe totalmente a possibilidade de cidadania, de direitos sociais, de autonomia e da instituição real de um sistema de saúde público universal.

A longa citação de Campos *et al.* (2008) traz uma realidade vivenciada cotidianamente nos CSF, em particular, e nos serviços de saúde de uma forma geral. Ela é mais evidente na categoria de medicina, pela valorização do saber médico na nossa sociedade, na nossa cultura. Entretanto, a crítica de que a atuação das diversas categorias dos profissionais de saúde é reduzida ao seu núcleo profissional não é privilégio do profissional de medicina (CAMPOS, CUNHA, 2011).

Além disso, as más condições de trabalho e a instabilidade e insegurança no trabalho, talvez sejam vividas de forma mais expressiva ainda por profissionais de outras categorias da área da saúde, já que tais categorias possuem menos oportunidades no mercado de trabalho, dentre elas, destaco a de psicologia. Talvez esse cenário apontado por Campos *et al.* (2008) do apelo moralizante de adesão ao SUS, não acontece de forma tão marcante nas outras categorias profissionais, porque essas categorias ainda estão na busca da consolidação de um mercado de trabalho no SUS.

Assim, existe uma complexidade muito grande envolvida na efetivação do SUS e da ESF, em particular, no que se refere à questão dos recursos humanos. Se por um lado precisa-se de profissionais, mesmo que estes não tenham ainda a formação adequada para a atuação no SUS (por isso, a necessidade de investimento em uma Política de Educação Permanente), por outro, as más condições de trabalho e as formas precárias de contratação não favorecem a vontade dos profissionais e estudantes de se qualificarem de forma consistente para construir uma carreira de trabalho no SUS. O que dirá se a construção dessa carreira ainda precise ser criada, sonhada ou conquistada por esses próprios profissionais.

Por fim, voltando às questões da organização e do funcionamento do AM em SM no CSF Emylio, percebemos que a realização do AM em SM, da maneira como acontece com uma equipe da ESF desse centro de saúde, parece ser exceção até no próprio posto, pois de seis equipes, apenas uma está diretamente envolvida. Assim, dois aspectos foram apontados por apoiadores matriciais e pela gestora do CSF como relevantes para a organização do matriciamento nessa unidade: o compromisso dos profissionais dessa equipe e a Residência Médica.

4.3 NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÁUREA

Conforme explicado no capítulo sobre o percurso metodológico dessa dissertação, o CSF Áurea foi incluído apenas na dimensão da organização e do funcionamento do AM em SM e na construção de sentidos sobre AM em SM com apoiadores matriciais dos CAPS. Já que, neste CSF, a frequência dessa forma de organização do processo de trabalho ainda é muito pequena, o que nos fez, a mim e ao meu orientador, tomar a decisão de não convidar os profissionais da ESF Áurea para participar do grupo focal. Assim, as informações desse item de análise foram construídas apenas com a coordenadora do CSF (entrevista), uma apoiadora matricial do CAPS (grupo focal) e com informações das anotações de campo.

Desta forma, a coordenadora aponta que a participação dos profissionais do CAPS no AM em SM no CSF Emylio acontece assim:

Quando a gente precisa, entra em contato e eles mesmos marcam com a gente, assim, de forma pontual. Porque você sabe que o CAPS tá encaminhando, os pacientes que eles estão... Não sei se vou saber dizer a palavra – desmamando -, eles vão encaminhando pra gente, independente da unidade que tenha apoio matricial ou não. Por isso que a gente sentiu mais essa necessidade da questão do apoio matricial aqui. Você não sabe o que é, a gente gasta, solicita oito blocos de receita azul quando tá com 15 dias, 20 dias, 1 mês, esses blocos se acabam. Então, isso é uma violência, eu acho, se a gente não criar ações, estratégias que possam mudar essa... Não diria nem que as pessoas que estão tomando essa medicação hoje, mas que a gente tenha estratégia pra que nem tantas pessoas passem a ser dependentes dessa medicação. Você há de convir que é uma quantidade muito grande. (Quadro Temático S5, p.1/ (E5.4.1)-(E5.4.12), Pg. 2).

Desta forma, a gestora relata que o AM em SM realizado com os apoiadores do CAPS no CSF Áurea acontece de forma pontual e que ela tenta criar estratégias para evitar a medicalização do sofrimento da população no próprio posto de saúde. Afirma, então, que os CAPS da Regional estão encaminhando os usuários que não são perfil de CAPS, ou seja, que não possuem transtornos mentais severos e persistentes, “independente da unidade que tenha apoio matricial ou não”. Ouso mudar um pouco a fala da coordenadora tentando preservar o seu sentido, “independente da unidade ter condições para atender adequadamente essa população ou não”.

Nesse sentido, logo no início da entrevista com a coordenadora do CSF Áurea, quando eu perguntei como era o AM em SM no posto, a gestora respondeu que a necessidade da criação do AM em SM foi porque:

[...] diante de tantas pessoas da nossa comunidade que fazem uso de medicações controladas, diante de tanta angústia por conta da violência, por conta de perdas de filho, de famílias presas e de uma comunidade muito assustada, a gente sentiu a necessidade dessa questão da assistência não mental, mas psicológica, emocional. Assistência às famílias. (Quadro Temático S5, p. 2/ (E5.1.7)-(E5.1.11), Pg. 1).

Sobre esse aspecto, a fala da coordenadora parece apontar para uma carência na rede de saúde de Fortaleza e afirma que procura buscar parcerias para realizar ações de prevenção em SM para apoiar as famílias da comunidade, tais como: o grupo da alegria e as ações desenvolvidas com professores e estudantes de terapia ocupacional. A coordenadora nos esclarece como funcionam essas ações e começa pelo grupo da alegria:

Esse grupo se reúne uma vez por mês, conduzido pelos agentes de saúde, em que a gente faz trabalhos com essas pessoas. Eram pessoas que choravam muito aqui no posto, eram pessoas muito agressivas, que usavam medicações controladas, que tinham perdido gente da família, que tinham pessoas presas na família. Foi uma experiência muito boa, tá certo? Aí a gente começou a envolver as pessoas da universidade, o educador físico, engajar nos grupos. Aí uma vez por mês a gente reunia essas pessoas e fazia trabalhos manuais. (Quadro temático S5, p. 3/ (E5.2.1)-(E5.2.7), Pg. 1).

A outra ação de prevenção em SM descrita pela coordenadora também acontecia em parceria com professores e estudantes de terapia ocupacional de uma universidade da cidade:

Vou dar outro exemplo. A terapia ocupacional, você pode me perguntar ‘ah, mas o que tem a ver?’ Muito. A gente pegou pacientes que já não penteavam os cabelos, aí os alunos adaptaram escova de cabelo pra pentear o cabelo. Não faziam barba, aí os alunos adaptaram o barbeador. Que não se alimentavam, aí os alunos adaptaram a colher, entendeu? Outros que adaptaram uma mesa. A gente foi tentando, tudo o que a gente tem aqui na unidade de recursos, seja material, seja humano, a gente vai criando essas estratégias de acordo com as demandas que vão surgindo. (Quadro temático S5, p. 4/ (E5.10.1)- (E5.10.9), Pg.3)

Assim, as limitações de profissionais da SM na ESF e a realidade cotidiana de sofrimento psíquico da população impulsionam a coordenadora para construir várias estratégias para lidar com esses fatos. Portanto, diante da realidade da pouca cobertura em relação ao sofrimento psíquico da população de Fortaleza, Góis (2012) refere que:

Lamentamos que, na cidade de Fortaleza, a cobertura psicológica seja incipiente, praticamente nula. A equipe de saúde da família, por estar na ponta, na atenção primária, poderia atuar sobre o sofrimento, rapidamente, desde que fosse organizada e preparada para tal ação. Não é o caso em nossa cidade. Temos a cobertura dada pelas clínicas escolas de Psicologia da UFC e da Universidade de Fortaleza (Unifor). Porém é muito pouco. A esperança em termos de políticas de saúde é o recém-implantado Nasf, mas ainda está em um começo confuso e muito limitado para lidar com o sofrimento da população oprimida. (GÓIS, 2012, p. 140).

Para complementar a citação de Góis (2012), é importante destacar que recentemente mais dois cursos de psicologia inauguram Serviços de Psicologia Aplicada (SPA) em Fortaleza: um na Universidade Estadual do Ceará (UECE) e outro na Faculdade de Tecnologia Intensiva (FATECI).

Diante desses desafios para lidar com o sofrimento psíquico da população, a coordenadora revela que se a organização do AM em SM dependesse só dela:

[...] isso já estava funcionando às mil maravilhas. Mas aí você compreende né, depende de perfil profissional, a gente ainda trabalha muito com as pessoas que são ligadas a horário. Hoje 9 horas eu precisei duma médica que já tinha ido embora. Atendeu... Aquela coisa: atende 16 pacientes e vai embora, atende e vai embora. Então, ainda não tá, sabe? O perfil profissional que o PSF precisa pra que dê resolutividade. Por um lado, os profissionais ficam 'ah, mas isso não é PSF!' E aí, o que eu, profissional, estou fazendo pra mudar, pra fazer com que essa demanda aconteça né? (Quadro Temático S5, p. (E5.5.2)-(E5.5.9), Pg. 2)

A gestora aponta que a organização do AM em SM não depende só dela, Dimenstein et al (2009) referem que a organização de um processo de trabalho como esse depende de parcerias entre todos os atores envolvidos. Já Campos (1999) destaca a diretriz de gestão colegiada para a organização do trabalho em Apoio Matricial e Equipes de Referência, na qual defende a importância da democracia institucional e da existência de espaços coletivos para a organização do processo de trabalho dos serviços de saúde.

Nesse sentido, com a necessidade do envolvimento dos profissionais para que o AM aconteça, a coordenadora cita que possui dificuldade, principalmente, com os profissionais de medicina e acredita que muitos desses profissionais não têm perfil para atuação na ESF. Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2008) um dos desafios para o SUS e para a ESF é a mudança dos cursos de graduação da área da saúde, destacando principalmente os de medicina, para a formação de profissionais generalistas implicados com o SUS. Além disso, os autores apontam também a importância da estabilidade das relações trabalhistas dos profissionais que atuam no SUS, com o intuito de favorecer a continuidade do cuidado e relações mais sólidas entre profissionais da ESF e as pessoas da comunidade.

De acordo com Campos *et al.* (2008, p. 124),

[...] existe uma tendência no mundo contemporâneo industrializado para a fragmentação e a especialização. Esta tendência se manifesta com muita força na profissão médica e tem impacto enorme nas configurações da atenção primária. No Brasil este tema é muito relevante dada a dificuldade de fixação de profissionais médicos na atenção básica e a presença de serviços “sem médico” (podemos chamar assim – sem nenhum desmerecimento ao impacto positivo obtido com a implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em regiões com ausência de profissional médico). No Brasil há ainda a dificuldade em se gerenciar o trabalho médico em Unidades Básicas ditas tradicionais, muito frequentemente com uma presença rarefeita de médicos, tanto proporcionalmente à população quanto em função do pequeno envolvimento do mesmo, inclusive com o costume de não cumprimento da jornada de trabalho contratada.

Desta forma, os problemas enfrentados pela coordenadora do CSF Áurea, em relação ao trabalho médico, não parece ser circunscrito à realidade desse posto de saúde ou da cidade de Fortaleza. Nesse sentido, percebemos que ao estudar o particular, o caso, também encontramos características que revelam faces do todo.

Diante da realidade da ESF no Brasil, Campos *et al.* (2008) referem ainda que a implantação da ESF possui desafios estruturais e políticos sem a previsão de enfrentamento a curto prazo. Contudo, segundo os autores, o discurso oficial em relação à ESF parece ignorar o país real, sendo pouco crítico. Assim, Campos *et al.* (2008, p. 133) afirmam que:

[...] apesar da franca expansão da ESF em algumas regiões do país, é importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada. Apesar de a ESF figurar como prioridade no discurso oficial, quando se examina as ações concretas desenvolvidas para honrar essa suposta prioridade, verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para formação de especialistas.

Ante o exposto, Campos *et al.* (2008) apontam que são necessárias ações mais concretas e realistas do governo federal para a superação dos desafios no que se refere à efetivação da ESF e da APS no Brasil.

Do ponto de vista da coordenadora do CSF Áurea, a implantação do AM em SM é prejudicada porque faltam boa vontade e garra dos profissionais para se envolver no trabalho. “O que prejudica é a boa vontade dos profissionais, acho que é se envolver nas ações com mais garra.” (Quadro Temático S5, p. 2/ (E5.16.1), Pg. 4). Contudo, a coordenadora também reconhece limitações no sistema de saúde e aponta dois lados que dificultam a organização do AM em SM:

A demanda espontânea é muito alta, o médico ainda é muito centrado – vou atender 16 pacientes e vou embora -, como exemplo que lhe dei hoje. Eu vejo essa dificuldade: de um lado, a sobrecarga do profissional, porque nós temos uma demanda muito grande; do outro lado, a falta do perfil do profissional, [...], por exemplo, eu descobri que no dia da puericultura um profissional X tá chegando seis e meia da manhã, sete e meia já ia embora. [...] A puericultura é uma hora de fazer matriciamento ali se você quiser. (Quadro temático S5, p. 2/ (E5.16.1)-(E5.16.14), Pg. 4)

O tema da sobrecarga dos profissionais da ESF também apareceu no grupo focal realizado com os profissionais do CSF Elívia e do CSF Emílio. Isso pode demonstrar que a APS na cidade de Fortaleza ainda precisa ser melhor estruturada para que a implantação do AM em SM possa acontecer de forma mais consistente. Apesar desses obstáculos estruturais (CAMPOS, CUNHA, 2011), a gestora do CSF Áurea reconhece a importância da realização do AM em SM: “Eu acho que é fundamental. Não só o apoio matricial em saúde mental, mas o apoio matricial em todas as outras especialidades, que a gente possa precisar.” (Quadro Temático S5, p. 3/(E5.35.1)- (E5.35.3), Pg. 8).

Desta maneira, a coordenadora reconhece a importância do AM, mesmo diante da realidade da sobrecarga de trabalho de um lado e da falta de perfil profissional de outro. Com isso, a gestora do CSF Áurea afirma que procurou profissionais no serviço que poderiam se identificar com a proposta do AM em SM:

Daí a gente identificou aqui, inicialmente, era a enfermeira – que continua sendo – *Susana* né? E era um médico que saiu. [...] ele foi transferido e a gente identificou outro médico com esse perfil, uma médica professora da *universidade X*, não é nem médica da gente. A gente vai buscando assim, tirando leite de pedra pra identificar nas pessoas algo que a gente possa usufruir bastante. E a gente fez. (Quadro temático S5, p. 2/(E5.1.12)-(E5.1.19), Pg. 1).

Assim, a expressão da gestora que afirma “tirar leite de pedra” parece realmente esclarecedora dessa organização, principalmente, quando a coordenadora descreve como acontece o AM em SM:

O apoio matricial a gente vai juntando as necessidades. A doutora *Juliana* tem um turno por semana, ela é médica, professora da Universidade X e faz esse acompanhamento junto com os alunos. (Quadro temático S5, p. 1/(E5.3.6)-(E5.3.8),Pg. 1).

A coordenadora explicou como acontece o AM em SM enquanto falava também de outras ações do CSF. Sendo assim, no início da entrevista, eu não percebi que o AM referido pela gestora acontecia somente com a professora e os seus alunos, ou seja, havia uma ação de ensino em serviço, um apoio técnico e pedagógico da professora para os seus estudantes de medicina a fim de ensiná-los como trabalhar SM na APS. Contudo, a proposta do AM em SM, o significado do conceito, pressupõe que um profissional especialista

contribua para a ampliação da clínica de profissionais de outros núcleos do conhecimento, que seria, no caso do AM em SM, a equipe da ESF ou pelo menos alguns de seus membros, o que não acontece nessa situação.

Nesse sentido, apesar de não ter compreendido inicialmente de forma clara o sentido da fala da coordenadora sobre o AM em SM, percebi e confirmei com a gestora, que a organização do AM em SM, do qual ela falava, era realizada apenas com os profissionais do próprio CSF. Assim, ao responder sobre quem são os profissionais da unidade de saúde que realmente participavam do AM, a gestora afirmou:

Pronto. É a enfermeira *Susana*, a médica *Juliana*... Eles são, vamos dizer, o carro chefe. Os responsáveis aqui. Aí os outros vão identificando as necessidades e vão encaminhando ou se unindo. Os agentes de saúde vão buscando, a gente vai identificando, vai recebendo do CAPS. Aí os agentes de saúde vão buscando e vão marcando com a doutora *Juliana*. Se você perguntar quem é a referência, referência é doutora *Susana* e doutora *Juliana*. (Quadro Temático S5, p. 1/ (E5.14.1)-(E5.14.5), Pg. 3-4).

Desta forma, durante a entrevista com a coordenadora a doutora *Juliana* apareceu na coordenação e nos deu mais algumas informações sobre o funcionamento do AM em SM no CSF Áurea. Assim, *Juliana* informou que havia um AM em SM “forte” (expressão utilizada pela profissional) neste posto por conta dos alunos da medicina. Afirmou que recebe encaminhamento de todos os ACS da unidade em relação à SM e que disponibiliza três turnos por semana para esses atendimentos. Ao ser perguntada pela coordenadora sobre o que ela sugeria para o AM, a profissional afirmou que era realmente acontecer o AM e informou que o AM é uma via de mão dupla, do CAPS para APS e da APS para o CAPS. (Anotações de campo).

Portanto, *Juliana* disse que praticamente não recebe apoio do CAPS e reconhece que o paciente necessita não somente do tratamento farmacológico, precisa de outro acompanhamento, como psicologia e terapia ocupacional. Contudo, refere que o CAPS não oferece esse apoio. A profissional *Juliana* não fez nenhum comentário em relação aos profissionais de SM do NASF (Anotações de campo).

É interessante saber, que só depois da fala dessa profissional foi que eu percebi o sentido dado pela coordenadora quando ela fazia referência ao AM em SM organizado no CSF. O sentido que a gestora utiliza da palavra AM, em alguns contextos da entrevista, não traz o mesmo significado do conceito de AM expresso em vários textos de Campos (1998; 1999; CAMPOS, DOMITTI, 2007), criador do conceito, e em documentos do MS (BRASIL,

2009; 2003; 2004; 2008), nos quais eu me baseio para fundamentar teoricamente essa pesquisa.

Entretanto, depois da conversa com a profissional *Juliana*, a coordenadora do CSF Áurea começa a falar que nesse posto tem AM em várias especialidades, mas depois complementa a sua fala e traz no discurso o potencial que o posto tem de especialistas para fazer o AM acontecer. Contudo, é somente no final da frase, quase ao final da entrevista, que a gestora explica que falta interação para o AM funcionar melhor.

Agora sempre eu caio na mesma coisa, na importância do envolvimento. Nós temos aqui dentro essa médica em saúde mental, nós temos uma pediatra aqui dentro, temos esse pneumologista e temos uma gineco. Então, só aqui dentro nós teríamos condição de fazer vários apoios matriciais. Assim, sem contar que a regional, a prefeitura tem essa condição maior, tô enxergando aqui dentro do nosso potencial o que nós temos de riqueza pra fazer. Às vezes... Eu vou dar um exemplo que um determinado profissional, depois de seis meses que estava trabalhando, veio conhecer a médica pediatra na semana passada. Você tá entendendo? Então, assim, falta essa interação pra trabalhar em equipe, pra ver se funciona melhor. (Quadro temático S5, p. 3/(E5.36.4)- (E5.36.12), Pg. 8).

Contudo, o trabalho do AM pressupõe o trabalho em equipe e este não acontece sem a interação entre os profissionais, conforme apontam Campos e Domitti (2007, p. 401): “O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.” Já Oliveira (2008) refere que dificilmente uma equipe que não se reúne e que não se encontra conseguirá atuar na lógica do AM.

Desta forma, a fim de compreender um pouco mais o motivo da diferença entre o sentido do AM para a coordenadora, em alguns momentos da entrevista, e o significado do conceito proposto por Campos, o qual serve de orientação para esta pesquisa. Trago outro marco teórico desta pesquisa que é Vygotsky.

Sendo assim, Vygotsky (2001; 2005), ao realizar um estudo sobre a relação entre pensamento e linguagem, nos traz dois conceitos importantes para nos ajudar a compreender sobre AM em SM nesse estudo, que são os conceitos de significado e sentido de uma palavra.

Segundo este autor:

[...] o sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas de sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata. Como se sabe, em contextos diferentes a palavra muda facilmente de sentido. O significado, ao contrário, é um ponto imóvel e imutável que permanece estável em todas as mudanças de sentido da palavra em diferentes contextos. Foi essa mudança de sentido que conseguimos estabelecer como fato fundamental na análise semântica da linguagem. O sentido real de uma palavra é inconstante. [...] Tomada isoladamente no léxico, a palavra tem apenas um significado. Mas este não é mais que uma potência que se realiza no discurso vivo, no qual o significado é apenas uma pedra no edifício do sentido. (Vygotsky, 2001, p. 465)

Deste modo, não considero que a mudança de sentido da palavra AM pela coordenadora seja um equívoco da sua compreensão sobre o conceito de AM em SM. Contudo, o sentido utilizado pela gestora reflete facetas do cotidiano de trabalho vivenciado por esta profissional. Ou seja, pode refletir fatos que também são psicológicos na medida em que é nesse contexto social que a coordenadora constrói sua atuação sobre o mundo e também se constrói como sujeito nesse mundo.

Portanto, o AM é um conceito que possui um significado compartilhado socialmente por sujeitos de um mesmo universo cultural (no caso, profissionais de saúde) em um determinado momento histórico. Já a construção do sentido, como aponta Vygotsky (2005; 2001), é uma construção pessoal do sujeito a partir da sua realidade e das relações que estabelece com os outros sujeitos do seu contexto social e cultural. Assim, como aponta o autor, o sentido não é socialmente convencionalizado. Não existe certo ou errado no sentido e o significado é apenas uma das zonas do sentido. Desta forma, o sentido que a coordenadora aponta para o Apoio Matricial é simplesmente diferente do significado proposto por Campos (1998; 1999; CAMPOS, DOMITTI, 2007) e pelos documentos do MS (BRASIL, 2009; 2003; 2004; 2008)

Isto posto, recapitularemos alguns aspectos da realidade, a partir dos sentidos construídos pela coordenadora do CSF Áurea durante a entrevista realizada para esta pesquisa. O que talvez possa ajudar a compreender parte dos motivos do sentido do AM para a gestora. Portanto, destacaremos alguns aspectos, tais como: insuficiência da cobertura de CAPS e de profissionais de SM na APS para lidar com o sofrimento psíquico da população; falta de perfil dos profissionais, principalmente de medicina, para atuarem na ESF e para o trabalho em equipe; sobrecarga dos profissionais da APS, o que também pode indicar uma

baixa cobertura desses serviços; encaminhamento dos usuários que não tem perfil de CAPS independente do CSF ter ou não AM ou condições para lidar com essa demanda.

Assim, identifiquei na literatura em saúde coletiva que discute o AM, alguns exemplos de utilização da palavra Apoio Matricial em um sentido diferente do significado proposto por Campos (1998; 1999; CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Em pesquisa de avaliação sobre a integração entre SM e APS em uma grande cidade brasileira, Campinas, Campos R *et al.* (2011, p. 4648) constataram: “uma grande diversidade de formas de realização do apoio matricial, sendo que algumas delas apresentam-se bastante descaracterizadas da proposta inicial, tornando questionável essa denominação”.

Já Campos e Cunha (2011, p. 968) também advertem sobre o uso equivocado do AM, só que, agora, no NASF:

O NASF é uma experiência de utilização do conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial. Evidentemente alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, induzem sua utilização equivocada de forma substitutiva.

Em um Guia prático de matriciamento em saúde mental, voltado para profissionais da APS e da SM, que teve a sua publicação financiada pelo MS, Chiaverini *et al.* (2011), quando vai definir o conceito de AM também percebe a necessidade de definir o que este não é. Assim, segundo os autores:

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido com base no que aponta Figueiredo e Campos (2009): ‘um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações’. (CHIAVERINI *et al.*, 2011, p. 14).

Continuando com o texto de Chiaverini *et al.* (2011, p. 14), os autores apontam o que o Apoio Matricial também não é: “encaminhamento ao especialista, atendimento individual pelo profissional da saúde mental e intervenção psicossocial coletiva realizada apenas pelo profissional da saúde mental.”

Desta forma, talvez não seja apenas coincidência que três publicações recentes sobre AM (CHIAVERINI *et al.*, 2011; CAMPOS, CUNHA, 2011; CAMPOS, R. *et al.*, 2011) tragam a utilização do conceito de AM com um outro sentido do proposto pelo autor do conceito, da mesma forma que a coordenadora do CSF Áurea. Isto pode indicar que os desafios para a efetivação da organização do trabalho em AM podem estar dificultando ou impedindo a realização do mesmo conforme propõe o conceito.

Logo, o motivo do AM em SM ser empregado pela coordenadora como sinônimo de atendimento de especialista em SM na APS, parece ser bastante compreensível quando percebemos que a escassez de serviços não é somente na APS, mas também dos serviços especializados de SM. Conforme demonstrado no Quadro 2 do percurso metodológico, no item que fala sobre o contexto dos serviços de saúde das Regionais pesquisadas.

Sendo assim, trarei mais algumas falas para complementar a compreensão sobre o AM em SM no CSF Áurea. Quem agora nos ajudará nesse intuito é a Apoiadora Matricial que trabalha no CAPS, que traz mais informações sobre a organização do AM no contexto regional:

Assim, atualmente tá apertado. É a maior regional de Fortaleza. A gente tem 20 unidades de saúde e a gente tem duas equipes pra fazer o apoio matricial. São dois profissionais do CAPS AD e dois do geral. A gente, atualmente está saindo só uma vez por semana, [...]. Vamos até a unidade, inicialmente, quando a gente passa nessa unidade, a gente passa no momento da roda né? Se não é a roda no *dia*, a gente entra em contato com a unidade, pede que esteja nessa reunião o maior número de profissionais, a gente passa a proposta do apoio matricial e, da mesma forma, faz um agendamento pra uma nova vinda ou daqui a 30 dias ou daqui a 60. Porque como são 20 unidades e a equipe é pequena, a gente tá dessa forma também. (Quadro temático G1, p. 2/ G1.P3.RQ1- Pg. 3, lin. 26-35).

Portanto, a apoiadora matricial refere que tem na Regional quatro profissionais com dedicação de um turno por semana para o AM em SM e que esses profissionais precisam apoiar 20 CSF. Com isso, fazendo um cálculo rápido, cada dupla de profissionais é responsável por apoiar 10 CSF. Sendo assim, a regularidade do AM em cada posto é, no mínimo, de um turno a cada dois meses e meio (2 e ½). Contudo, o que se verificou no CSF Áurea, na época desta pesquisa, era que não acontecia AM em SM há seis meses (anotações de campo). Considero que essa frequência pequena apresenta uma maior dificuldade para favorecer a ampliação da clínica e o vínculo entre os profissionais envolvidos nesse processo de trabalho. Entretanto, esta parece ser a organização possível nesse momento.

Finalmente, para concluir esse item da análise de dados da pesquisa, trago os sentidos construídos pela coordenadora sobre as orientações da gestão da Prefeitura de Fortaleza para o AM em SM:

As orientações é manter esse vínculo com o CAPS, é receber os pacientes que o CAPS encaminha. E, assim, é uma responsabilidade muito grande nossa. Porque tem paciente que tá sendo acompanhado no CAPS e eles mandam de volta, se nós não acolhermos esse paciente e dar continuidade, ele vai voltar pro CAPS mais cedo ou mais tarde, não é isso? Então, a orientação é essa, é manter esse vínculo, é não perder o vínculo com o CAPS, é não ficar nessa briguinha – é culpa do CAPS, é culpa do PSF.-, nessa coisa um empurrando pro outro: ‘ah, mas eu faço a minha parte e o CAPS não faz a parte’. E nós vamos juntos fazer, vamos juntos fazer a nossa parte? Vamos criar estratégias? (Quadro temático S5, p. 3/ (E5.38.1)-(E5.38.11), Pg. 9)

Segundo Böing e Crepald (2010) a falta de investimentos financeiros e de trabalhadores na área, somadas às dificuldades da organização de uma comunicação ou de um diálogo constante entre os serviços de saúde, facilita o surgimento de furos na rede de atenção à saúde. Desta forma, a presença de tais furos “faz com que a percepção do fracasso ou da incapacidade de atender certas demandas seja de responsabilidade de um serviço ou de outro” (BÖING, CREPALD, 2010, p. 643).

Contudo, considero que a presença de tais furos na rede pode apontar que a superação desses furos, no caso do AM em SM, exige esforços e ações mais estruturadas que dependem de investimentos tanto nos serviços de saúde, incluindo contratação e qualificação de pessoas e implantação de serviços, como também ações e investimentos intersetoriais e no estímulo à participação social e comunitária.

5 SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELOS PROFISSIONAIS

Nesta parte da análise dos dados, alguns profissionais que participam do AM em SM nos CSF estudados trazem como vivenciam o AM em SM no cotidiano do trabalho. Portanto, as falas dos profissionais sobre o AM em SM estão relacionadas com a compreensão que eles possuem sobre esse processo de trabalho.

Contudo, a partir dos estudos de Vygotsky (2005; 2001; 1996; 1994), a compreensão do ser humano sobre o mundo é mediada por signos, por um sistema simbólico de conceitos que ajudam o ser humano a entender a realidade e organizar a sua ação sobre o mundo, bem com a organizar seus pensamento e seus sentimentos. Assim, pensamento e sentimento não são vistos por esse autor de forma dicotômica, fazem parte de um mesmo sistema dinâmico de significados construídos historicamente no contexto cultural e social do sujeito.

Entretanto, o ser humano não apenas absorve essas construções simbólicas sociais, mas também possui um papel ativo de reconstrução, de recriação das mesmas, utilizando-as “como instrumento pessoal de pensamento e ação no mundo” (Oliveira, 1992, p. 80).

Nessa dimensão da pesquisa, os informantes são profissionais de CAPS, que atuam como apoiadores matriciais nos CSF estudados, e profissionais da ESF destes CSF, que participam do AM em SM. Nessa perspectiva, estes profissionais também recriam e reconstroem o AM no cotidiano do seu trabalho, a partir das relações que estabelecem com os outros trabalhadores da rede de saúde e com os usuários atendidos por eles. Ao mesmo tempo, também, modificam-se, reconstroem-se, recriam-se nessas inter-relações.

Desta forma, o conceito de sentido na Teoria histórico-cultural da mente traz a possibilidade de compreender essas reconstruções e recriações que os sujeitos dessa pesquisa estabelecem no cotidiano do seu trabalho no AM em SM e no momento dos grupos focais.

De acordo com Oliveira (1992, p. 81) “o sentido da palavra liga seu significado objetivo ao contexto de uso da língua e aos motivos afetivos e pessoais de seus usuários. Relaciona-se ao fato de que a experiência individual é sempre mais complexa do que a generalização contida nos signos”.

Sendo assim, nessa dimensão de análise sobre os sentidos construídos dos profissionais sobre o AM em SM, é abordado qual é o significado pessoal do AM em SM para esses profissionais. Para tanto, é observado os sentimentos relacionados com esse significado pessoal, as construções de sentidos feitas pelos profissionais a partir da realidade objetiva que vivenciam na realização do AM em SM, bem como, a partir das interações que estabelecem com os participantes dos grupos focais e, conseqüentemente, comigo, como pesquisadora.

Inicialmente, essa dimensão de análise traz os sentidos construídos sobre AM em SM por três profissionais da ESF durante o grupo focal G2. Posteriormente, serão abordados os sentidos construídos pelos quatro apoiadores matriciais, que participaram do grupo focal G1, sobre o AM em SM. Destarte, cada parte dessa dimensão de análise foi subdividida em várias categorias temáticas que surgiram a partir dos diálogos que aconteceram durante os grupos focais.

5.1 SENTIDOS DOS PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

Essa parte da análise temática trata sobre os sentidos construídos sobre o AM em SM por três profissionais da ESF, uma médica e um enfermeiro do CSF Emylio e uma ACS do CSF Elívia. Assim, durante um grupo focal realizado para esta pesquisa, esses profissionais expressaram e construíram sentidos sobre o AM em SM marcados pelo contexto cotidiano vivenciado por eles em dois CSF da cidade. Tal contexto é permeado pela convivência diária com a exclusão social da população da periferia de Fortaleza e com a falta de políticas públicas de qualidade voltadas para essa população.

A partir da análise temática dos dados foram identificadas, na dimensão dos sentidos construídos pelos profissionais da ESF sobre o AM em SM, as seguintes categorias: **as questões sociais do campo de atuação; as condições de trabalho nos CSF, o apoio da gestão para a realização do trabalho na ESF e a saúde dos trabalhadores; o Apoio Matricial em Saúde Mental; a interação entre os profissionais que atuam na APS; e o Apoio Matricial em Saúde Mental e os processos de Educação Permanente.**

Deste modo, ao ser pedido que os profissionais da ESF falassem como era o AM em SM para eles, surgiu um tema que foi muito marcante na fala desse grupo. O referido tema demarcou a primeira categoria de análise da dimensão dos sentidos destes profissionais, nomeada: **as questões sociais do campo de atuação.**

Seguindo com os outros temas trazidos por esse grupo, a segunda categoria de análise também faz referência à conjuntura do trabalho desses profissionais. Entretanto, aponta com maior ênfase ao contexto interno da atuação deles dentro do setor saúde, a saber: **as condições de trabalho nos CSF, o apoio da gestão para a realização do trabalho na ESF e a saúde dos trabalhadores.**

Já a terceira categoria de análise, aponta de forma mais direta para os sentidos desses profissionais sobre **o Apoio Matricial em Saúde Mental**. Logo após esta, a próxima categoria de análise faz alusão **as interações entre os profissionais** que acontecem dentro do contexto atual **da APS** no Brasil, mas, claro, tratam de forma específica do contexto vivenciado por eles nos CSF Emylio e Elívia. Tais categorias estão relacionadas à ESF e a ampliação da sua resolutividade estimulada pela criação do NASF e pelo incentivo à realização de AM em SM pelos profissionais do CAPS.

Ainda destrinchando as categorias temáticas analisadas a partir desse grupo focal, a última explicita o significativo investimento da Prefeitura de Fortaleza em processos de Educação Permanente dos profissionais da saúde. Assim, essa categoria ressalta os sentidos construídos pelos profissionais da ESF sobre **o Apoio Matricial em Saúde Mental e os processos de Educação Permanente.**

Desta forma, após uma visão global das categorias dos sentidos construídos pelos profissionais da ESF, será analisada cada uma delas separadamente.

5.1.1 As questões sociais do campo de atuação

As questões sociais do campo de atuação foram colocadas pelos profissionais da ESF como sendo “a pedra no nosso sapato” (sic). Um dificultador para eles realizarem um trabalho de qualidade na ESF e no AM em SM. De acordo com esses profissionais da ESF, lidar com a SM não é só ter o enfoque do usuário que tem um distúrbio. As questões sociais da população atendida também fazem parte da saúde de forma geral e da SM, atrapalham o AM e dificultam para que os profissionais possam lidar com os processos de doença da comunidade.

Porque lidar com a saúde mental não é só ter o enfoque da saúde mental ou do usuário que tem aquele distúrbio, eu acho que o fator social também atrapalha muito você fazer o matriciamento ou você lidar com aquele processo de doença na comunidade. A gente trabalha numa área de risco em que a comunidade, apesar de ser bem acolhida em determinados fatores, ela vive numa situação em que o filho é usuário de drogas, às vezes ela pode tomar a medicação, mas preocupada com o filho a pressão acaba não tendo a resposta pra ela ficar boa. (Quadro temático G2, p.1 - G2.P6.RQ1- Pg. 1, lin. 40-46)

Assim, esse foi um assunto destacado logo no início do grupo focal quando eu disse que eles ficassem à vontade para falar sobre o AM em SM. Com isso, os profissionais realçaram que as necessidades sociais da população vão muito além das suas responsabilidades como profissionais de saúde. Afinal, a formação dos profissionais de nível superior da equipe mínima da ESF, médicos e enfermeiros, tem a marca muito forte da compreensão de saúde e doença centrada no modelo biomédico, o qual privilegia a visão sobre o biológico.

De acordo com Góis (2008, p. 115):

Receitar antibióticos, antiinflamatórios, controladores de pressão para a classe oprimida não é a mesma coisa quando se receitam esses medicamentos nas classes alta e média. São organismos com histórias e características orgânicas e psicológicas distintas, relacionadas com diferentes contextos sociais que levam a um estado de alerta individual e coletivo diferenciado.

Desta forma, apesar do profissional da ESF reconhecer a importância do usuário que tem pressão alta fazer o uso diário do remédio para regular a pressão, sua experiência de atuação com essa população, também o faz perceber que a situação social de estresse vivida pelo usuário, inviabiliza a efetividade da medicação e do tratamento que ele aprendeu a prescrever durante a graduação.

Nesta perspectiva, a partir da análise dos estudos de Vygotsky (2005; 2001; 1994; VYGOTSKY, LÚRIA, 1996) pode-se perceber que no ser humano os aspectos biológicos, sociais e culturais são de origens distintas, mas se interconectam e se influenciam mutuamente ao longo do desenvolvimento humano. Tal fato também é evidente no processo de adoecimento humano, contudo costuma ser pouco valorizado no saber tradicional das profissões em saúde.

Neste sentido, Góis (2008) aponta a importância do uso da medicação está atrelado a estratégias diferenciadas de tratamento, prevenção e promoção envolvendo não somente a pessoa doente, mas também a família e a comunidade.

Diante da percepção dos profissionais de suas limitações e potências nesse contexto, eles apontam a articulação intersetorial e interdisciplinar como fundamental para o trabalho eficiente na ESF e no AM em SM.

Não adianta o CAPS ir lá pro CSF Emylio ou vice versa, os dois se encontrarem em local X e fazer um trabalho interessante, se não tem resposta dos órgãos governamentais pra essa questão da intersetorialidade para que a gente faça um trabalho legal e que funcione numa forma adequada. (Quadro temático G2, pg. 4 - G2.P6.RQ1E2.P6- Pg.3 lin. 10-13).

Portanto, a carência de políticas públicas de qualidade e a exclusão dos direitos básicos vivida pela população atendida na ESF são apontadas como um desafio no trabalho cotidiano desenvolvido por eles. Desta forma, esses profissionais da ESF parecem acompanhar de perto o dia-a-dia das comunidades atendidas e, junto com isso, o sofrimento da população pela condição de vida marcada pela violência do tráfico de drogas e da polícia, pela corrupção, pelo desrespeito aos direitos básicos, pelo desrespeito à vida. Assim, de acordo com os profissionais da ESF, essas questões contribuem para o adoecimento não só da população, mas também dos profissionais que a atendem.

Têm as bocas de fumo. Por que a polícia não tira dali? [...] Aí a família adoce, os profissionais adoecem, a comunidade adoce, é estigmatizada, o próprio Bairro é estigmatizado e quem mora lá às vezes tem vergonha de dizer que mora no *Cezar*. Eles gostam e amam o Bairro, mas se for pra uma entrevista de emprego e disser que é de lá, não é nem empregado, porque o patrão pode pensar que vai levar alguma coisa da casa dele ou que ele tem tuberculose. Entendeu? Digo por mim mesmo, às vezes tem pessoas que são do Bairro e faz serviço como diarista na minha casa, eu tenho medo de viver na intimidade da minha casa. A minha esposa é muito maleável e não tem essa questão, por ela tudo bem fazerem a faxina. (Quadro temático G2, pg. 2- G2.P6.RQ1.P6- Pg. 2, lin. 31-39)

Assim, a interação dos profissionais de nível superior da ESF com os usuários atendidos por eles, também revela o encontro de pessoas que nascem e vivem em classes sociais e em contextos culturais distintos. Portanto, partes dos códigos culturais e simbólicos que medeiam às relações destes sujeitos com o mundo são bastante diferentes e possuem uma influência direta no processo de comunicação que acontece entre profissionais e usuários do SUS.

De acordo com Molon (2011), para Vygotsky, os signos e a linguagem socialmente apreendidos pelos sujeitos medeiam a formação do fenômeno psicológico. Por conseguinte, em alguns momentos do desenvolvimento do sujeito, também podem contribuir para originar os fenômenos psicopatológicos.

Desta forma, o trabalho na ESF exige um diálogo desses profissionais com os usuários para a compreensão dessa realidade pouco conhecida, exige a aproximação e a troca

entre sujeitos para a compreensão da vida e da linguagem desses usuários do SUS, para possibilitar a comunicação e o diálogo entre eles, bem como para possibilitar a compreensão dos fenômenos psicológicos.

Nesse contexto, o trabalho na ESF contribui para uma aproximação dos profissionais de classe média com a realidade social perversa a que estão submetidas às populações da periferia.

Só vêm privilégios pra Beira-Mar, só vêm obras grandes quando vem uma Copa do Mundo. O que eles fazem? Quando chega a Copa, eles vão acabar com metade do Bairro, vão logo tirar as famílias que já tem uma história de vida, estão perturbadas, porque vão ter que sair uma parte, aí essa questão cultural, essa questão de história de vida, de enraizamento. Queira ou não, quando você arranca essa árvore, quebrar aquilo ali, vai gerar mais transtorno mental dentro do Bairro. (Quadro temático G2, pg. 3 - G2.P6.RQ1E2.P6- Pg. 3, lin. 45-50)

Nesse sentido, os profissionais afirmam a importância dos órgãos governamentais terem ações mais sérias voltadas para as comunidades carentes e revelam um sentimento de irritação com todo o descaso presenciado. Entretanto, na minha compreensão, esse sentimento de irritação aparece, às vezes, acompanhado também pelo sentimento de impotência. Conforme sugerem as próximas unidades de análise, retiradas da fala de cada um dos três participantes desse grupo focal.

É um fator intersetorial o que me irrita. É uma polícia ineficiente e corrupta, isso me irrita. É um conselho tutelar totalmente letárgico, isso me irrita. Certo? (Quadro Temático G2, pg. 4 - P6.RQ1E2.P6- Pg.3, lin. 36-38).

Realmente, o social atrapalha muito. São questões que vão tão além das nossas responsabilidades, que às vezes é se irritar mesmo apenas que a gente pode. Porque a questão da polícia é uma coisa muito ruim lá no Bairro. Ao invés de ajudar, prejudica. Eles vão pra lá pra fazer outras coisas que não é ajudar e a gente sabe que o social é uma grande pedra no nosso sapato, não tem como. (Quadro Temático G2, pg. 3 - G2.P5.RQ3E- Pg.7, lin.43-47).

A problemática tá aí nessa falta de retorno. Identificar o caso é a coisa mais fácil que tem, a solução é que é difícil. [...] Tem uma senhora que tá na rua, já veio reportagem, já veio CRAS, aí pediram pra gente entrar em contato com o CREAS POP, que é responsável pelo morador de rua e a senhora continua lá há dois meses. Os moradores ficam com raiva da gente, porque quer que a gente leve pra casa pra por dentro de casa. Não tem condição. Aí chega a irritabilidade da gente que acaba incomodando bastante. (Quadro Temático G2, pg. 5 - G2.P7.RQ2E.P7- Pg.6, lin.40-46).

Assim, os profissionais que participaram desse grupo focal, compreendem que as condições de vida da população atendida por eles possuem uma influência direta no seu adoecimento, mas também parecem demonstrar um sentimento de impotência diante de tanto descaso. A lente da formação como profissionais de saúde para além do biológico foi ampliada, mas, e agora, o que fazer diante dessa ampliação?

Desta forma, chamou a minha atenção na análise dos dados que na fala dos profissionais da ESF de nível superior, P5 e P6, a expressão “social” apareceu, em quase todas as falas, com um sentido negativo e ligado diretamente à má atuação de políticas públicas. O profissional, P6, que problematizou com maior ênfase a influência das carências sociais da população atendida nos CSF, apenas em uma fala traz a expressão “social” relacionada a um trabalho de qualidade, mas logo em seguida P6 traz novamente a questão das más condições de trabalho, da violência e do trabalho da polícia na “favela”.

[...] deixa muito a desejar muito pela questão social. Acho que o fator social é o principal destaque pra que a gente faça um trabalho de qualidade, porque a gente tem uma condição de trabalho insalubre, que se refere primeiro pela segurança, pra polícia fazer um trabalho na área de risco. Porque os policiais se corrompem, eles vão lá mais pra pegar a propina do traficante, ele não faz um trabalho de proteção e ao mesmo tempo de prevenção. Ter tem, mas nunca se vê. Dentro da favela não, a gente vê aqui na Aldeota, lá na Beira-Mar a gente vê isso, mas na favela não, a história é outra. (Quadro temático G2, p.2 - G2.P6.RQ1- Pg. 2, lin. 6-12).

Desta forma, no sentido das falas dos profissionais sobre o termo “social”, este aparece de forma negativa e revela, com bastante ênfase, a realidade social a que historicamente estão submetidas às populações que os profissionais da ESF trabalham. Paulo Freire (2005) afirma que, ainda hoje e provavelmente por muito tempo, é impossível entender a história sem as classes sociais e seus interesses conflitantes. O autor não acredita que a luta de classes é o único motor da história, mas afirma que certamente é um deles.

Paulo Freire (2005) aponta a importância de compreender a história sem determinismos, afirmando que a construção histórica é parte da natureza humana e que a realidade do mundo não está dada, é uma construção social. Por isso, afirma que outro importante motor da história é o sonho.

Fazendo-se e refazendo-se no processo de fazer história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo e não da pura adaptação ao mundo, terminam por ter no *sonho* também um motor da história. Não há mudança sem sonho e não há sonho sem esperança (FREIRE, 2005, p. 91).

Entretanto, não parece ser o horizonte de sonho e da transformação da realidade que encontramos nas falas dos profissionais da ESF quando fazem referência ao termo “social”, mas sim o sentido do “social” como “a pedra no nosso sapato” e como o que provoca irritação.

A compreensão do Social na Teoria histórico-cultural da mente se assemelha à de Paulo Freire, talvez porque os dois tenham sido influenciados pelo marxismo, pois não há referências na obra de Freire sobre a sua leitura da obra de Vygotsky. Entretanto, ao ler Paulo

Freire, tenho a impressão de ler a obra de Vygotsky refletida dentro do contexto histórico da América Latina.

Segundo Molon (2011, p. 118), a referência ao social na obra de Vygotsky:

[...] não é ao social genérico e abstrato, indiscriminado e absoluto, mas ao social constituído e constituinte de sujeitos historicamente determinados em condições de vida determinadas historicamente. Um social que também é subjetividade e intersubjetividade, cuja dinâmica se constitui na teia de relações entre sujeitos diferentes e semelhantes”.

Para Vygotsky (1994), é a natureza social e cultural do ser humano que possibilita o desenvolvimento dos processos tipicamente humanos. Desta forma, o aparato biológico do ser humano não é suficiente para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores (atenção, memória, capacidade de planejamento, imaginação etc), é necessário a sua inserção no social, a sua interação com outros indivíduos da cultura para que um bebê se desenvolva como humano.

No entanto, o meio social que possibilita o desenvolvimento nas pessoas atendidas pelas equipes de saúde da família aqui pesquisadas, parece promover interações sociais que facilitam processos de adoecimentos, na medida em que muitas dessas relações são de opressão e de exploração historicamente construídas.

De acordo com Góis (2008; 2012), ao falar da sua compreensão de Saúde Comunitária e ressaltar a importância dessa compreensão dentro do contexto de atuação da ESF, é preciso falar da situação de vida que oprime a “população pobre” não somente dentro de uma perspectiva negativa, “incapacitando ao morador e a nós mesmos diante de uma realidade desumanizadora” (pg. 125). É preciso olhar para essa população sem naturalizar a sua existência negada, trazendo outros olhares que contribuam para fortalecer o seu autocuidado, a sua potência de vida e o seu valor e poder pessoal. Dessa maneira, as ideias de Góis (2008; 2012) vão, em parte, na direção apontada pelos profissionais da ESF, mas vão além, afirmando e valorizando o potencial de vida e de organização da própria comunidade.

Assim, no decorrer do grupo focal, após a colocação inicial dos três profissionais da ESF que traziam o sentido do “social” como “o que atrapalha o trabalho”, “como o que irrita”, fiz a seguinte pergunta:

Você falou com muita clareza, parece que vocês duas concordaram, das limitações e das dificuldades desse trabalho. Pra o apoio matricial ser efetivo, tem uma série de coisas, de questões práticas e sociais que precisam acontecer pra que aquela situação se transforme, que seja mais saudável né? Mas fico pensando na hora do atendimento, da consulta conjunta ou então de uma visita domiciliar pra se pensar estratégias de lidar com essa situação, isso não aparece? Ou aparece? Como é? (Transcrição G2 - G2.P5.RQ3E- p. 7, lin. 17 – 23)

A resposta da profissional de medicina do CSF Emylio foi à seguinte:

Aparece, a gente discute. Às vezes, é aquela coisa da parte clínica é mais fácil de resolver, porque depende da gente né? Da medicação... A gente tinha muita limitação, mas a gente tem essa facilidade de dentro da comunidade de ter a terapia comunitária, que o P6 faz, tem o resgate da auto-estima e agora a gente tem uma psicóloga, de repente, pra uma terapia individual é interessante. Porque em alguns casos não dá pra ir à terapia de grupo, isso já ajuda. Daí, quando parte, por exemplo, pra lidar com situações sociais que a gente precise que aquilo exista. [...] Por exemplo, foi pensado em de repente criar um grupo com aqueles pacientes com retardo mental, pra trabalhar com eles a auto-estima, eles terem o que fazer, pra não ficar o dia sem fazer nada em casa e aquele retardo ter uma piora progressiva, chamamos a terapeuta ocupacional do NASF, faz um projetinho e passa pra gente, que a gente junto pode montar alguma coisa, mas aí não tem o retorno. (Quadro temático G2, p. 4 - G2.P5.RQ3E- Pg. 7, lin. 25-41)

Assim, a profissional afirma que durante o encontro do apoio matricial eles elaboram estratégias para superar situações limitantes da vida dos usuários atendidos, que vão além da parte “clínica” que, nesse contexto, aparece como sinônimo de medicação, demonstrando que o termo clínica ainda é atrelado fortemente aos aspectos orgânicos e biológicos. Entretanto, a execução dessas estratégias elaboradas nem sempre é possível, frente aos desafios que precisam ser enfrentados para a construção das estratégias.

5.1.2 As condições de trabalho nos CSF, o apoio da gestão para a realização do trabalho na ESF e a saúde dos trabalhadores

Essa segunda categoria temática está bem relacionada com a primeira, mas agora centra um pouco mais nas questões de infra-estrutura e nas condições materiais para o trabalho na ESF, trazendo com isso também os sentidos e os sentimentos que a vida diária com essas questões provoca nos profissionais.

Desta forma, eles relatam que a infra-estrutura do CSF Emylio deixa muito a desejar, pois é um CSF muito pequeno para a quantidade de profissionais que trabalham nele e para cobrir a população adscrita das seis equipes da ESF que trabalham lá.

[...] eles botam um microposto, 6 equipes dentro e aí não tem lógica. Se tivesse um posto pra *nossa equipe*, a história era outra. [...] No posto pequeno é pouca sala, é briga por sala. Às vezes, você sai da sala, alguém já ocupa. Tá entendendo? Aí não tem como fazer grupo num lugar desses. Não tem tempo nem pra você dialogar com o usuário por causa disso. Você entra, dois lhe abordam, aí você tenta convencer e entram mais dois e faz é atrapalhar o seu trabalho. (Quadro temático G2, p. 5 - G2.P6.RQ10E2.P6- Pg. 14, lin. 39-44/ Pg. 15, lin. 1-2)

Já outro participante do grupo focal refere que é o interesse de cada profissional que está na ESF que faz com que a Estratégia funcione, pois para ele a gestão não incentiva as ações de prevenção e de promoção com a comunidade, apenas quer que sejam feitos os pronto-atendimentos.

Eu acho, tudo o que a gente faz dentro da unidade, muita coisa pra dar certo vem do interesse de cada profissional que tá lá dentro. Se a gente fosse esperar que a gestão contribuísse pra que a gente fizesse as coisas, pra que a ESF funcionasse como é pra funcionar, se fosse pela gestão, a gente faria só pronto-atendimento, não estaria trabalhando promoção e prevenção, que é a nossa responsabilidade. A gente faz porque é teimoso e gosta e vai atrás com recurso, às vezes, nossos. Porque se depender da Regional, a gente não tem. Falta papel, a gente compra; os lanches dos nossos grupos somos nós que patrocinamos, os brindes quando precisa pras festinhas, porque isso cria o vínculo, é isso que faz com que eles venham participar também. (Quadro temático G2, pg. 6 - G2.P5.RQ4.P5- Pg. 8, lin. 28-36).

Entretanto, mesmo diante de todas as restrições em termos de material e infraestrutura de trabalho na cidade de Fortaleza, tanto esforço, para fazer com que o trabalho da ESF funcione como preconiza as orientações do MS e os artigos acadêmicos sobre essa Estratégia de orientação da APS no Brasil, parece trazer adoecimento para os próprios profissionais.

Eu me sinto adoecido. Eu tô num processo de reduzir a marcha. Quando entrei no PSF do Bairro eu andava de quinta. (Quadro temático G2, pg. 7 - G2.P6.RQ1.P6- Pg. 2, lin.46-48)

O profissional afirmou que começou muito empolgado com o trabalho na ESF, que realizava muitas ações na comunidade, criava protocolos e fazia reuniões com os ACS. Vale ressaltar, que também é esse profissional que conduz o grupo de Terapia Comunitária no bairro. No entanto, P6 afirma que precisou reduzir a marcha, pois percebeu que a realização de um bom trabalho na ESF não depende só dele e da sua colega de trabalho, a P5.

Eu fazia tudo. [...] Eu criava protocolo, eu fazia reuniões com os agentes de saúde diretamente, eu fazia coisas que se hoje não der uma assentada, se eu não reduzir a marcha, eu não chego aos 60 anos. Tá entendendo? Porque você tem que pensar também na sua família. [...] vou repensar um pouco a minha vida. Vou me dedicar ao trabalho, mas não daquela forma que eu tava. E eu tô numa fase de andar de segunda e terceira, eu vou melhorar mais, claro, mas não depende só de mim, nem da doutora P5. (Quadro temático G2, p. 6 - G2.P6.RQ1E2.P6- Pg. 3, lin.1-9)

Em relação a isso, a sua colega de equipe, P5, revela:

[...] eu tenho que começar a aprender com ele a desacelerar. Talvez, por muita responsabilidade. [...] Eu não gosto de ver as coisas passando e ficar calada esperando que os outros façam, eu vou lá e tento fazer. [...] Eu acho que vai chegar a hora em que um dia vou explodir. Ainda não chegou, mas pode ser que esse dia chegue. (Quadro Temático, pg.8 - G2.P5.RQ5- Pg. 9, lin. 40-44).

Já a outra participante do grupo focal, uma ACS, fala sobre como é o sofrimento de alguns profissionais da sua equipe:

[...] eu vejo o sofrimento dos médicos da minha equipe. O caso dele, hoje na equipe em que eu trabalho, ele tá nessa marcha, ele chegou com gosto de gás e ele tá nessa marcha quinta né? Dando uma acelerada mesmo, tentando mudar. E a gente, apesar de só ter três anos, ‘olha, per aí você vai com calma, nossa área é muito grande, é risco 1, o senhor não vai conseguir.’ Tudo é ele ‘não, bote pra mim’. Ele chega estressado tantas vezes e apoio a gente não tem realmente. (Quadro Temático G2, pg.8 - G2.P7.C(G2.P6.RQ1E2.P6)- Pg. 3, lin.29-34).

É importante ressaltarmos que os profissionais que participaram desse grupo focal são apontados pelas coordenadoras como sendo bastante comprometidos com o trabalho. O AM em SM não é colocado pela gestão como uma atividade obrigatória a ser desenvolvida pela ESF. Então, só costumam participar os profissionais que têm interesse em realizar essa atividade. Assim, esses profissionais têm uma dedicação ao trabalho que não é regra na ESF da cidade de Fortaleza.

Entretanto, apesar de todo comprometimento dos profissionais da ESF que participaram do grupo focal, o enfermeiro P6 desabafa:

Chega um momento em que você tem que ter um tempo pra você fazer o seu trabalho, desde que me deem condições legais, pra que você consiga almejar o que você quer. Não adianta você se lascar de trabalhar, se você não tem o apoio dessa rede. (Quadro temático G2, p. 5 - G2.P6.RQ1E2.P6- Pg.4, lin. 9-12).

Desta forma, as falas dos profissionais parecem apontar para a necessidade deles realizarem uma avaliação entre o que é possível ser concretizado no cotidiano da ESF, diante desse contexto de trabalho tão precarizado, sob vários aspectos. De acordo com Campos *et al.* (2008), o discurso oficial do Estado Brasileiro é de que a ESF é uma prioridade. Entretanto, segundo esses autores, esse discurso perde força quando são examinadas as ações concretas desenvolvidas pelo governo para sustentar essa prioridade. Assim, os autores afirmam que o financiamento para a ESF é insuficiente, que não existe uma política de recursos humanos e que o projeto para a formação de profissionais especialistas nessa área ainda não é consistente.

Com isso, os sentidos construídos pelos profissionais em relação às suas condições de trabalho também estão relacionados, a meu ver, a esse contexto de incoerência entre a ESF das recomendações oficiais, que apaixonam e encantam profissionais e estudantes que desejam ver uma transformação social em nosso país, e as condições concretas de trabalho oferecidas pelos municípios, que, muitas vezes, pela precariedade contribuem para afastar os profissionais da atuação no SUS.

Desta forma, podemos perceber que as falas: “eu me sinto adoecido”, “Eu acho que vai chegar a hora em que um dia vou explodir”, “eu vejo o sofrimento dos médicos da minha equipe”. Trazem sentimentos comuns a esses profissionais da ESF, que trabalham em locais com certa semelhança e que são apontados como profissionais comprometidos por seus gestores locais.

Sendo assim, nas construções de sentidos dos profissionais apontadas nesta categoria, fica evidente a relação de interdependência entre a realidade objetiva que esses profissionais vivenciam no cotidiano do trabalho e os sentimentos que surgem a partir da interação com essa realidade. Com isso, pode-se perceber que tal fato segue a direção das ideias de Vygotsky (2005; 2001), nas quais o autor postula a interdependência entre cognição e afetividade, bem como, na sua afirmativa de que o fenômeno psicológico também tem uma raiz social e está vinculado ao contexto e às relações que esses sujeitos vivenciam no cotidiano.

Portanto, os sentidos construídos pelos profissionais, nas falas ressaltadas nesta categoria da análise de conteúdo, demonstram que a empolgação inicial com o trabalho da ESF em Fortaleza passa a ser transformada em uma avaliação mais crítica sobre as condições de trabalho objetivamente encontradas nos CSF em que atuam.

Freire (2005) aponta a importância da subjetividade no processo de transformação da realidade e afirma que a relação entre consciência e mundo, entre subjetividade e objetividade são indicotomizáveis. Assim, nessa perspectiva, a possibilidade do engajamento político desses profissionais para a transformação da sua realidade de trabalho, só é possível na medida em que eles ampliam a sua consciência sobre a realidade objetiva na qual estão inseridos. Entretanto, o autor aponta que a consciência não pode ser tomada como puro reflexo da objetividade material, nem tampouco a consciência de uma realidade confere aos sujeitos o poder de transformá-la.

5.1.3 O Apoio Matricial em Saúde Mental

Nesta categoria, os profissionais da ESF trazem de forma mais específica a construção de sentidos sobre os momentos em que acontece o AM em SM. Dessa forma, o momento do AM também é influenciado pelas dificuldades no contexto da ESF, do CAPS e da carência de políticas públicas de qualidade, conforme já apontado em categorias anteriores.

Entretanto, os profissionais também ressaltam a importância do AM em SM na ESF e afirmam que, com a aprendizagem advinda desse processo, eles se sentem mais seguros para acompanhar os casos de pessoas que precisam de atenção em SM. Assim, o AM é apontado como um benefício para o usuário e para os profissionais, pois através desse trocam experiências e aprendem mais.

[...] o matriciamento, pra mim, serve pra primeiro dar uma resolutividade àquele paciente, uma resposta mais objetiva ao problema que ele traz, que é o que ele quer. Muitas vezes, eu, apenas como médica de família, sozinha, não vou conseguir dar, preciso da experiência de outros profissionais. E quando junta, que a gente discute, enriquece nosso aprendizado, inclusive pra eu poder conduzir outros casos parecidos com esse e de repente nem precisar do matriciamento. (Quadro Temático G2, pg. 9/ G2.P5.RQ2- Pg.9, lin. 9-15)

Nesse sentido, a profissional P5 revela que se sente mais tranquila para acompanhar alguns casos com mais responsabilidade, pois sabe que não está fazendo nada errado, já que está fazendo esse acompanhamento em conjunto com os profissionais da SM.

Eu acho que enriquece o aprendizado, eu me sinto mais tranquila, porque sei que vou conduzir com mais responsabilidade aquele caso. Não vou estar fazendo uma coisa errada, porque tô fazendo em conjunto aquele acompanhamento e vai ser um benefício maior pela resolutividade melhor praquela pessoa que tá precisando, que essas duas equipes trabalhem juntas. (Quadro Temático G2, pg. 9/ G2.P5.RQ2- Pg.5, lin. 21-26).

Desta maneira, a profissional de medicina, P5, afirma que o AM em SM não é interessante apenas para a equipe da ESF. Ressalta que a própria equipe de SM também aprende com os profissionais da ESF.

Eu acho que é uma troca pra própria equipe de saúde mental, porque começa a conhecer também a realidade da estratégia de saúde da família. Eles começam a compreender também que a gente, por fazer muita coisa, a gente não é só saúde mental, tem outras coisas que a gente se ocupa e eles também entendem isso, começam a entender melhor como a gente trabalha. Do jeito que a terciária nem a secundária têm a menor ideia. Eles acham que a gente não faz nada, porque não conhecem o que a gente faz. Aí é fácil dizer que não se faz nada né? (Quadro Temático G2, pg. 9/ G2.P5.RQ2- Pg.5, lin. 15-21).

Esta profissional continua a sua fala afirmando a importância dos profissionais da atenção secundária e terciária também compreenderem como funciona o trabalho da ESF, para não ficarem achando que quem trabalha na ESF não faz nada. Esse discurso pode estar presente, porque como não há uma cobertura satisfatória da ESF na cidade de Fortaleza, os profissionais dos outros níveis de assistência não percebem o impacto do trabalho da APS, pois continua uma grande demanda de usuários nos hospitais da cidade.

No grupo focal com os apoiadores matriciais do CAPS, eles também apontam a importância da aprendizagem que eles desenvolvem no AM em SM, ressaltando a importância de compreender o funcionamento da rede de saúde para a sua atuação no próprio CAPS. Entretanto, essa análise será melhor descrita, na dimensão dos sentidos construídos pelos profissionais dos CAPS.

Sendo assim, a partir das falas da profissional, percebe-se a organização do AM em SM no CSF Emylio realmente como uma troca de conhecimentos entre os profissionais envolvidos, conforme propõe Campos e Domitti (2007), na qual tanto é valorizado o saber dos profissionais da SM, como também o saber dos profissionais da ESF. Com isso, a atuação conjunta possibilita a ampliação do olhar sobre o processo de saúde-doença de todos os profissionais envolvidos, favorecendo a ampliação da clínica e a integralidade da atenção.

De acordo com Vygotsky (1994), o processo de desenvolvimento, bem como o processo de aprendizagem humana é socialmente construído. O autor aponta a importância da interação entre os sujeitos da mesma cultura para viabilizar o desenvolvimento das funções especificamente humanas. Para Nunes e Silveira (2011), Vygotsky compreende o processo de aprendizagem humana de modo dinâmico e contínuo, o que pressupõe que a aprendizagem deve ser estimulada pela interação ativa e pelo diálogo entre os sujeitos envolvidos nesse processo.

Nessa perspectiva, o Apoio Matricial é uma forma de organizar o trabalho em saúde que estimula o processo de ensino-aprendizagem dos profissionais, na medida em que promove um espaço privilegiado de troca de experiências e de conhecimento. Contudo, a realização do Apoio Matricial como processo de ensino-aprendizagem não envolve apenas os profissionais, envolve também usuários. Existem questões éticas nesta atuação que precisam ser cuidadas. A fim de que o saber dos profissionais interaja com o saber dos usuários e possibilite o surgimento de uma proposta terapêutica construída a partir da interação entre múltiplos saberes, como por exemplo: entre o saber das diferentes categorias profissionais

envolvidas; entre o saber científico e o saber popular; bem como entre o saber singular construído por cada um desses sujeitos a partir da interação com o seu contexto social e com o contexto específico daquela relação de atendimento.

Desta forma, continuando com a construção de sentidos dos profissionais, outra questão apontada pelos profissionais da ESF sobre o AM em SM, é que este contribui para a qualidade de vida das famílias que possuem pessoas com transtorno mental grave.

Um exemplo que tenho é daquela mental que tava sozinha, que morava em casa e tinha um bocado de gato, lembra? Tem situações em que às vezes um paciente, desequilibra mesmo, por causa de um transtorno mental e pode desequilibrar um lar, por causa duma preocupação, ansiedade. Quando se resolve um caso, queira ou não, traz um benefício à família, ao mesmo tempo melhora a qualidade de vida da família, não só do usuário em si (Quadro temático G2, p. 9/ G2.P6.RQ2E.P6- Pg. 5, lin.34-39).

Já a agente comunitária de saúde, P7, revela que quando o AM é resolutivo ajuda a melhorar até a vida dos vizinhos também.

Até os vizinhos já veem aquela família, depois do matriciamento, com outros olhos, porque aquele doente mental, àquela pessoa que estava bastante depressiva já tem melhorado o ritmo de vida. Às vezes, ele chegava agressivo e atacava os vizinhos. Às vezes, a família quer vender a casa porque os vizinhos estão tudo brigando com eles, devido a não entender aquela situação. Quando realmente há essa solução, melhora até o ambiente dos vizinhos. (Quadro Temático G2, p.9/ G2.P7.C(G2.P6.RQ2E.P6) – Pg. 5, lin. 48-50/Pg.6, lin. 1-3)

Nesse sentido, o profissional P6 conclui que o AM em SM pode até abranger “uma melhor qualidade de vida da comunidade. É do usuário, da família e da comunidade”. (Quadro Temático G2, p.9/ G2.P6.RQ2E.P6- Pg.6, lin.5-6). Desta forma, a atuação dos profissionais no AM em SM envolve uma atuação e um olhar para a realidade e o contexto social no qual o usuário está inserido, diversificando as possibilidades de intervenção para a construção de um projeto terapêutico singular (Chiaverini *et al.*, 2011) adequado a essa realidade.

Entretanto, a ACS, P7, revela que no CSF Elívia nem sempre o Apoio Matricial consegue contribuir com a melhoria da qualidade de vida das pessoas ou da comunidade, pois “tem muitos casos que realmente não vão pra frente, estagnam. Outros são mais fáceis de resolver e se resolvem. Mas eu acho bastante positivo.” (Quadro Temático G2, p.9/ G1.P7.Q2- Pg. 6, lin. 14-16). Assim essa profissional complementa que em muitas situações não tem o retorno do CAPS nos casos discutidos no AM em SM e ressalta que “essa evasão de retorno que é bastante. Mas eu acho bastante positivo o matriciamento. Quando a gente se

sentada, consegue centrar todo mundo numa mesma coisa.” (Quadro Temático G2, p. 9/ G2.P7.Q2- Pg. 6, lin. 34-36).

Já no CSF Emylio, é apontada outra questão que dificulta a realização do AM em SM:

Aí nessa hora a gente chama a equipe e aí lá vem essa história. O carro chega muito tarde, então por conta disso, o paciente já tem aquele desgaste da espera e se estende mais do que deveria. São pacientes que não tem aquele perfil da calma, às vezes são irritados, não tem a calma de esperar, que começam a ficar agitados e agressivos por conta da espera e a gente que tá lá dentro fica angustiada, porque sabe que o outro tá esperando. Então, torna-se um pouco estressante aquela hora. Quando tem um dia que as coisas fluem normalmente, o que é difícil, mas o normal é acontecer isso mesmo, acho um benefício. (Quadro Temático G2, p. 8/ G2.P5.RQ2- Pg. 4, lin.46-49).

Assim, o momento do AM, no CSF Emylio, é apontado por P5 como sendo normalmente estressante, pois é comum o atraso dos profissionais da SM para o atendimento conjunto, por conta da grande demanda de atendimento para o profissional da psiquiatria. Entretanto, apesar do estresse a profissional afirma que:

Pra mim, qualquer matriciamento, seja em saúde mental ou em outras especialidades, acho um benefício principalmente pro usuário. E pros profissionais, porque a gente tá trocando experiência e vai aprendendo mais, como P6 falou até no início. Então, o matriciamento, mesmo com todas essas dificuldades, a gente tem que fazer tudo pra que ele não pare de existir. Porque, através do matriciamento, acho que a gente tem conseguido dar alguma resolução a determinados pacientes, que não são tão graves, porque os graves têm que estar no CAPS mesmo. Mas mesmo os graves a gente acaba tendo que acompanhar, porque eles moram na comunidade, a gente tem responsabilidade e tem que acabar fazendo certo acompanhamento. (Quadro Temático G2, p. 9/ G2.P5.RQ2- Pg.5 , lin.1-9)

Desta forma, a profissional aponta e ressalta a importância do AM em SM, sem, no entanto, camuflar as dificuldades para a sua realização. Em outro momento do grupo focal, a mesma profissional segue fazendo reflexões sobre os gargalos para o funcionamento do AM no CSF em que trabalha.

Se a gente for parar pra pensar mesmo, P6, muito do que a gente faz lá é porque a gente tá querendo fazer. Se não fosse por iniciativa nossa, da equipe mesmo, as coisas não existiriam, porque a gestão realmente não ajuda. É legal ter a ideia do matriciamento, foi colocado pela gestão, mas toda uma estrutura pra que isso se mantenha e persista, praticamente tá sendo mantida pelas equipes. (Quadro Temático G2, p. 10/ G2.P5.RQ3E- Pg. 8, lin.1-6).

Seguindo a fala da profissional P5, eu faço o seguinte comentário: “É a equipe de vocês que faz...”. Assim, P5 continua falando:

Exatamente, é outra coisa, o matriciamento acontece só com a nossa equipe, teria de ser com a unidade toda. A gente tem 6 equipes de saúde da família lá, das 6 a única que faz é a nossa equipe, porque a gente tem interesse de fazer. (Quadro Temático G2, p. 10/ G2.P5.RQ3E- Pg. 8, lin.10-12)

Sobre esse aspecto, a profissional afirma que apesar de ter muitas atribuições, se ela e o seu companheiro de equipe não levam nenhum caso para o AM em SM no CSF Emylio, o encontro não acontece, pois as outras equipes não costumam participar.

[...] quando a gente começou a ver que a equipe (*de apoiadores do CAPS*) tava indo e não tava acontecendo nada, a gente ficou com medo de perder isso. Aí a gente diz ‘não, vamos começar a botar nossos pacientes mesmo, porque senão a gente vai acabar perdendo uma coisa que é tão importante pro serviço, pra gente’. Realmente, é como se o CAPS fosse só da *nossa equipe*, é a única equipe que coloca pra frente o matriciamento. (Quadro Temático G2, p. 10/ G2.P5.RQ3E- Pg. 8, lin.19-23).

Assim, o AM em SM no CSF Emylio parece está diretamente relacionado à compreensão da importância da realização desse processo de trabalho ou ao interesse pessoal do profissional da ESF na participação do AM. O que demonstra a necessidade da elaboração de estratégias por parte da gestão da Prefeitura de Fortaleza para um maior estímulo da organização do trabalho em AM.

Já a ACS, P7, que trabalha no CSF Elívia, ao ser questionada sobre o que achava e como se sentia na hora do AM em SM, começa a falar sobre um acompanhamento que realizou no AM:

Eu tenho uma história que é muito boa. Tem um rapaz que a gente acompanha há muito tempo no matriciamento. [...] O E. hoje faz caminhada, pra quem não sabe, ele passou 15 anos dentro de um quarto, chegava a se ferir, preocupava todo mundo. Foi com a ajuda do matriciamento e dos multiprofissionais, a gente começou a fazer visita domiciliar, ele começou a ir pro posto, tratar os dentes. Já tem um ano e meio que a gente tá com ele, ele escreve todas as ansiedades dele. Antes não saía de casa, agora já vai pra casa das irmãs, faz caminhada, vai pro dentista lá no posto, então foi um caso que a gente pegou e andou mesmo. Mas, assim, quando ele começou a ir pra esses cantos, só ia se fosse comigo. (Quadro Temático G2, p. 11/ G2.P7.RQ9.P7 -Pg. 12, lin. 27-34).

Após essa fala de P7, perguntei como era isso para ela. O usuário só sair se fosse com ela. Então, P7 respondeu:

Um pouco complicado. A gente saía um pouco com medo, com receio, tá entendendo? [...] Mas se eu não tivesse ido lá, ele conhece a minha pessoa, não é o médico ou a enfermeira. Depois é que a gente começou, conheceu *Raí*, o *Fábio*, a *Camila* ele ama (*outras pessoas da equipe*). A ideia do caderninho foi da *Camila*, digamos que é o diário dele, né? Ele gosta de ler, a gente leva livros pra ele. Muito bom e foi através do matriciamento, isso. (Quadro Temático G2, p. 11/ G2.P7.RQ9E.P7- Pg. 12, lin. 39-48)

Nesse sentido, P7 aponta a importância do trabalho do ACS no AM em SM, “quando o paciente vê, ele se sente mais aconchegado com a ACS, porque tem mais comunicação”. (Quadro Temático G2, p. 10/ G2.P7.RQ8.P7- Pg. 12, lin. 13-14). Então, a médica complementa: “É como se fosse um porto seguro né, o ACS ali do lado?” (Quadro Temático G2, p. 10/ G2.P5.C(G2.P7.RQ8.P7)- Pg. 12, lin. 16.).

Em pesquisa avaliativa sobre a integração entre a SM e a APS, a atuação do ACS foi apontada como fundamental, devido a sua proximidade com a comunidade. Assim, “esses profissionais são identificados como protagonistas nas propostas de parceria com a comunidade e com as famílias e assumem uma posição de identificação com a UBS e conciliadora na relação do usuário com o serviço.” (CAMPOS, R. *et al.*, 2011, p. 4649).

Ao serem questionados sobre o que impulsiona o AM em SM, para além dos processos de educação permanente que fazem parte de uma categoria específica de análise desse grupo focal, os profissionais responderam:

Compromisso. (Quadro Temático G2, p. 11/ G2.P6.RQ19- Pg. 24, lin. 26)

Acho que é o compromisso e o interesse. Um é ligado ao outro, é o querer fazer e, além de fazer, dar continuidade. (Quadro Temático G2, p. 11/G2.P5.RQ19- Pg. 24, lin. 27-28)

O trabalho em equipe também é essencial, porque ninguém consegue fazer nada sozinho. Principalmente na atenção primária, não dá pra caminhar sozinho. (Quadro Temático G2, p. 11/G2.P5.RQ19- G2.P5.RQ19- Pg. 24, lin. 30-31)

E a co-gestão também, ninguém é maior do que ninguém, todos são líderes né? Todos são corresponsáveis pelo processo. (Quadro Temático G2, p. 11/ G2.P6.RQ19- Pg. 24, lin. 32-33)

O próprio usuário e a própria comunidade também. (Quadro Temático G2, p. 11/G2.P5.RQ19- Pg. 24, lin. 34)

Desta forma, nesta categoria da construção de sentidos dos profissionais, fica evidente a interação dialética entre o sujeito e o contexto social do qual faz parte e como um pode influenciar o outro, conforme aponta Freire (1992). Pois, mesmo com as dificuldades do contexto de trabalho na ESF e a pouca disponibilidade dos outros profissionais para participar do Apoio Matricial no CSF Emylio, P5 e P6 fazem a diferença e destacam a importância do compromisso e do interesse profissional para a realização do AM em SM. Contudo, apontaram também a importância do trabalho em equipe e da co-gestão, afirmando que todos os envolvidos são responsáveis pelo processo de trabalho, inclusive o próprio usuário e a comunidade.

Nesse sentido, a fala dos profissionais segue na direção apontada por Campos (1999), na qual a cogestão é uma das diretrizes do AM. Portanto, a cogestão traz a importância da pactuação coletiva dos processos de trabalho e solicita autonomia e responsabilidades dos envolvidos, a fim de efetivar os projetos coletivos.

5.1.4 A interação entre os profissionais que atuam na APS

Nesta categoria será abordado como é para os três profissionais da ESF, que participaram do grupo focal, se relacionar com os outros profissionais que atuam na APS, a saber: os outros profissionais ESF, os profissionais de CAPS que são apoiadores matriciais e os profissionais do NASF.

Assim, não será abordada apenas a interação entre os profissionais que participam do AM em SM, mas diferentes perspectivas sobre as interações entre os profissionais na APS, a partir dos sentidos construídos sobre o vínculo e a interação entre profissionais no CSF, pela médica e pelo enfermeiro do CSF Emylio e pela a ACS do CSF Elívia.

Desta forma, a ACS fala que a integração na sua equipe é muito boa e revela a sua admiração pelos preceptores da Residência Médica que atuam no CSF Elívia.

É muito boa nossa equipe. Acho que a Dra. *Camila* é uma pessoa sensacional. Ela pega realmente essa coisa pra ela mesma, de ajudar, de contribuir. O *CSF Elívia* anda muito por causa daqueles dois médicos (*os preceptores da residência médica*) [...], a integração da nossa equipe é muito boa. (Quadro Temático G2, p. 11/ G2.P7.RQ5.P7- Pg. 9, lin. 13-16).

P7 fala também que a enfermeira da sua equipe é muito dedicada e que a enfermeira gosta de trabalhar no PSF, não é como alguns profissionais que trabalham apenas para ocupar o tempo.

A interação é muito boa, com o médico, com a equipe... A enfermeira agora está de licença mas é muito dedicada. O P6 na dele, é tipo a *enfermeira da minha equipe*. Pelas palavras dele, a gente vê quando o profissional gosta de fazer aquilo, gosta do PSF. Porque tem gente que trabalha pra preencher o tempo e não porque gosta. (Quadro Temático G2, p. 11/ G2.P7.RQ5.P7- Pg. 9, lin. 23-24)

Já os profissionais do CSF Emylio, P5 e P6, Também referem que há uma boa relação de trabalho na sua equipe da ESF. A médica começa relatando como foi o processo de construção da equipe:

[...] a gente construiu junto a equipe [...] a gente acabou construindo no dia a dia né? A gente se vê mais do que a nossa própria família. Os agentes de saúde são muito bons, vinculados, alguns menos que outros, mas a maioria corresponde. Eles criam um vínculo muito grande com a gente, eu acho, tanto de trabalho mesmo, de se preocuparem com a comunidade, trazendo as demandas. (Quadro Temático G2, p. 12/ G2.P5.RQ5- Pg.9, lin. 30-35)

Nesse sentido, a boa relação entre a equipe parece ser um impulsionador para a realização de um bom trabalho na ESF, mesmo com as limitações já abordadas em categorias temáticas anteriores.

Assim, a gente gosta, porque vê que tem o retorno da comunidade, mas isso traz certa insatisfação porque a gente se vê sozinho no barco. Não estamos sozinhos, porque sabemos trabalhar em equipe. Acho que dá certo, porque talvez todo mundo seja vinculado, mas se às vezes uma equipe em que só um profissional faz isso e os outros não tem essa visão, porque acham que não é responsabilidade, que a gestão tem que contribuir mais. É, tem que contribuir mais mesmo, mas aí aquela equipe não faz o que tem que ser feito mesmo. (Quadro Temático G2, p. 12/ G2.P5.RQ4.P5- Pg. 8, lin. 49-50/ Pg.9, lin.1-5)

Portanto, na fala acima, a profissional ressalta a importância do trabalho em equipe e da vinculação entre os profissionais para a superação das dificuldades impostas pelo cotidiano do trabalho no CSF no qual eles atuam em Fortaleza. Entretanto, a profissional também alerta que o trabalho acontece porque, na sua equipe, os profissionais possuem a mesma visão, a mesma compreensão sobre o trabalho que deve ser desenvolvido na ESF.

Sendo assim, a fala da profissional traz a importância da vinculação entre a equipe inclusive para superar as limitações encontradas no cotidiano do trabalho. Segundo o MS (BRASIL, 2009, p. 12), “o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade.” Contudo, a troca de conhecimento também não acontece sem trocas afetivas, para Freire (1996, p. 141) “a afetividade não se acha excluída da cognoscibilidade.” Também em Vygotsky (2005, 2001), há a compreensão de que cognição e afetividade são indissociáveis na constituição do ser humano e estão presentes de forma marcante nos processos de ensino-aprendizagem.

Desta maneira, na última fala de P5, esta parece apontar também que, para alguns profissionais, a ESF só funciona se tiver as condições “ideais” oferecidas pela gestão. No entanto, ela parece aludir para a complementaridade entre o trabalho da gestão e o trabalho dos profissionais na construção da ESF, conforme apontam Carvalho e Cunha (2008). Assim, ela reafirma que realmente a gestão tem que oferecer melhores condições para o desenvolvimento do trabalho, mas que, por outro lado, os profissionais também precisam fazer a sua parte, sem, é claro, prescindir das condições necessárias para realizar o trabalho que precisa ser feito.

Entretanto fazer “o que precisa ser feito” traz também um peso para essa profissional da ESF. Assim, P5 continua a sua reflexão sobre como se percebe no trabalho:

[...] eu tenho que começar a aprender com ele a desacelerar. Talvez, por muita responsabilidade. É meu jeito de ser, ele já percebeu isso mesmo, tenho esse jeito de querer resolver as coisas, não por querer ser melhor do que alguém, mas sou assim tanto no trabalho como em casa e em outros lugares. Eu não gosto de ver as coisas passando e ficar calada esperando que os outros façam, eu vou lá e tento fazer. [...]. Isso talvez atrapalhe um pouco até a própria equipe. Porque é como se não fosse dando conta de seguir o mesmo ritmo. Eu acho que tenho que me policiar, é um defeito meu. Eu acho que vai chegar a hora em que um dia vou explodir. Ainda não chegou, mas pode ser que esse dia chegue. (Quadro Temático G2, p. 12/ G2.P5.RQ5- Pg. 9, lin. 41-50)

A profissional reconhece que o seu nível de comprometimento, a sua forma de agir no trabalho e o seu jeito de ser também precisam ser repensados, pois afirma que isso pode está atrapalhando o trabalho na própria equipe e pode ser que um dia ela exploda por conta disso. Até a coordenadora do CSF Emylio, S4, na entrevista para essa pesquisa afirmou que, às vezes, chega para essa profissional e pede para ela tirar umas folgas, pois acha que ela trabalha demais e deveria se resguardar um pouco.

[...] porque a P5 trabalha demais, não sei como ela agüenta. A P5 é preceptora da residência médica, da faculdade X, ainda é médica da equipe de saúde da família. Aí tu imagina, uma loucura... ‘Amiga, vamos tirar um dia de folga aí’. – ‘Que foi, S4?’ – ‘Tô te achando muito cansada, mulher. Se resguarda um pouco também.’ Não adianta você fazer tanto e depois ter um problema sério. Porque ela tem os filhos, a família dela, né? Mas ela é realmente excelente. Uma profissional excelente mesmo. (Quadro temático S4, p. 4 / (E4.38.25)- (E4.38.31), Pg. 8).

Diante disso, pode-se perceber que existem profissionais dedicados, com perfil para a atuação na ESF e comprometidos com a construção cotidiana do SUS. Contudo, há uma interação dialética na qual também se faz necessário o oferecimento de condições de trabalho mais dignas e adequadas, para que a realização do trabalho na ESF não seja fruto apenas do esforço pessoal de alguns profissionais.

Continuando a falar da interação entre os profissionais da ESF do CSF Emylio, P5 afirma:

eu acho que a equipe em si tem um bom relacionamento, tanto de trabalho, quanto de gostar de estar junto, de conseguir fazer outras coisas. [...] Tem a vantagem de ser todo mundo: o médico, que é vinculado só com o enfermeiro, não, todos interagem de maneira bem harmoniosa. Isso não tem uma diferenciação, porque é o médico ou o enfermeiro, todo mundo se trata por igual e isso é uma coisa boa, que faz a gente trabalhar melhor e se sentir bem juntos. (Quadro Temático G2, p. 12/ G2.P5.RQ5- Pg. 9, lin. 49-50/ Pg. 10, lin. 1-7).

Para o profissional P6, na APS existe mais equidade nas relações entre as diferentes categorias profissionais:

Na atenção primária, não, é uma maravilha no que se refere a essa equidade. O agente de saúde não se rebaixa, nem pra coordenadora, ele é igual a todo mundo. Essa é a vantagem, tá entendendo? A atenção básica só precisa mais ser reconhecida, assim, numa lógica de gestão, pra que ela consiga atingir o seu êxito. (Quadro Temático G2, p. 12/ G2.P6.RQ6- Pg. 10, lin. 38-41).

A ACS, P7, parece concordar com o enfermeiro quando faz referência a como acontecem às relações entre os profissionais da ESF no CSF Elívia:

O agente de saúde trata igual como se fosse um médico. Sempre tem uns que querem ser mais, outros querem ser menos, mas prevalece a igualdade. (Quadro Temático G2, p. 12/ G2.P7.RQ8.P7- Pg. 12, lin. 10-11).

Nesta perspectiva apontada pelos profissionais, há uma maior abertura para o trabalho em equipe na APS, pois há uma maior equidade nas relações entre os profissionais o que pode facilitar o diálogo entre eles e o trabalho em equipe. De acordo com Paulo Freire (1983), uma relação dialógica entre sujeitos é uma relação marcada pela democracia, pois a relação dialógica acontece entre sujeitos distintos que assumem as suas diferenças e que, a partir do diálogo, afirmam-se e crescem um com o outro. Nesse sentido, Vygotsky (1994) também refere à importância das situações de interação social para o processo de ensino-aprendizagem. Assim, se há mais interação entre os profissionais e relações de respeito e afeto, há uma maior possibilidade também para a construção de conhecimento.

Já a médica de família refere ainda que muita gente não sabe como é o trabalho na ESF. O profissional de medicina que trabalha na ESF é chamado de “médico de postinho”, como se fosse menos importante o trabalho médico na APS:

[...] é o médico de postinho. É como quem diz que trabalhar no PSF é muito bom, é moleza, não dá plantão, sai cedo, tem aquele horário, como se fosse muito fácil. Se fosse só pra fazer o pronto-atendimento é muito fácil mesmo, só que a perspectiva é muito mais ampla, muito mais complexa e ousado dizer que é muito mais difícil do que trabalhar dentro de um hospital. (Quadro Temático G2, p. 12/ G2.P5.C(G2.P6.RQ6)- Pg. 10, lin. 48-49/ Pg. 11, lin. 1-3).

Assim, essa unidade de análise aponta que não há ainda por parte da sociedade uma compreensão adequada da complexidade envolvida no processo de trabalho da ESF, apesar de tal complexidade não envolver aparatos tecnológicos, ela envolve outro tipo de complexidade que é realizar uma atuação que requer compromisso pessoal e profissional, além da vinculação entre profissionais e usuários.

Desta forma, Campos *et al.* (2008, p. 121-122) identificam:

[...] que, muitas vezes, a atenção básica, no imaginário de algumas pessoas, ainda remete à noção de menor complexidade, uma vez que se imagina lidar com problemas simples, os quais requereriam tecnologias menos sofisticadas e qualificação técnica simplificada. Partindo desse pressuposto, tende-se a desvalorizar o trabalho na ABS, o profissional da área costuma ser desvalorizado no mercado de trabalho do ponto de vista do status, em especial no caso da categoria médica. Sem dúvida que isso ocorre, de um lado, por existirem muitos interesses corporativos, econômicos, por trás desta diminuição da importância da função da atenção básica. Entretanto, de outro lado, compreendemos que o atual modo de organização do processo de trabalho na ABS ainda é, em determinadas situações, como ainda acontece no Brasil, um tanto confuso tanto para o usuário como para o restante do sistema, o que não favorece a reversão de semelhante entendimento.

No CSF Emylio, P5 e P6 referem que os profissionais do CAPS que fazem AM em SM têm um bom vínculo com a equipe deles e já fazem parte da família:

[...] a equipe que tá vindo acho que já tá bem vinculada, eles já estão há um tempão com a gente, a equipe que vai lá pro posto, de saúde mental. (Quadro Temático G2, p. 13/ G2.P5.RQ6- Pg. 10, lin. 15).

Já fazem parte da família. É tudo igual. (Quadro Temático G2, p. 13/ G2.P6.RQ6- Pg. 10, lin. 17).

Nesse sentido, a médica de família afirma que os profissionais da SM começam a perceber que é preciso se vincular mais com as pessoas da comunidade e começam a aprender com os profissionais da ESF:

Voltando pro CAPS, pra equipe de matriciamento, eu acho que quando eles começam a perceber nossa maneira de trabalhar, que a gente tende a se vincular com a comunidade, eles começam a tentar se inserir nessa realidade também. Então, já começa a ser uma coisa normal ou costumeira a equipe de saúde mental estar vindo todo mês. (Quadro Temático G2, p. 13/ G2.P5.RQ6- Pg. 11, lin. 29-26).

Assim, nas falas de P5 e P6 percebe-se uma boa vinculação com a equipe de AM em SM. De acordo com Sombini (2004) a atuação no AM em SM possibilita a troca de conhecimento com respeito e afeto entre profissionais, ampliando a construção de relações mais solidárias entre as diversas categorias profissionais entre si e com os usuários. Com isso, conforme aponta Campos e Cunha (2011) o AM tem a potência de contribuir com diluição das rígidas fronteiras entre as profissões de saúde, sem, no entanto, desmerecer ou extinguir a importância do conhecimento nuclear de cada categoria profissional da saúde.

Já a relação dos profissionais da ESF com os profissionais do NASF, no CSF Emylio, parece ainda ter muito a melhorar. De acordo com o enfermeiro:

O NASF no começo era igual ao Lombardi [risos]. Melhorou um pouco, agora é que tá aflorando algumas pessoas (Quadro Temático G2, p. 14/ G2.P6.RQ13- Pg. 19, lin. 10-11)

Às vezes, eles se isolam, chegam no posto, principalmente as mulheres, aí vão escolher a sala que não tem atendimento, trancam a porta da sala, fogem ou ficam na coordenação. Mas tem os que realmente vão, dão uma palestra, fazem educação permanente, interagem bem. Eu tô gostando muito do *Ícaro*, do *João*. (Quadro Temático G2, p. 14/ G2.P6.RQ13- Pg. 19, lin. 14-17)

Em relação à equipe do NASF do CSF Emylio, a médica de família refere que tem profissionais do NASF que são pró-ativos e realizam um trabalho que ela acha interessante:

São pessoas que a gente não precisa estar dizendo 'vamos', o *João* por ele mesmo cria uns folders, vai pro corredor fazer sala de espera. Quando a gente menos espera, ele tá com camisinhas no bolso pra fazer sala de espera. E ele, apesar de ser nutricionista, a gente foi fazer a palestra de droga pros adolescentes, (Quadro Temático G2, p. 14/ G2.P5.RQ13- Pg. 19, lin. 18-21)

Entretanto, acredita que outros profissionais do NASF precisam melhorar o trabalho e faz algumas sugestões:

Agora eu acho que elas podiam melhorar, a fisioterapeuta podia fazer um grupo de caminhada. Por que não pode? A TO pode fazer um grupo de arte com os idosos. Tá entendendo? A gente fez um planejamento todinho pra elas participarem dos nossos grupos. Com a dengue, os grupos acabaram não acontecendo, mas a partir do momento que a gente volta, na minha cabeça, acho que eles teoricamente eram pra ter voltado também. (Quadro Temático G2, p. 14/ G2.P5.RQ13- Pg. 19, lin. 24-29)

Com isso, P5 afirma que eles fizeram um planejamento em conjunto com os profissionais do NASF para eles participarem dos grupos desenvolvidos pela ESF. Entretanto, por conta do surto de dengue que aconteceu na cidade, houve uma modificação do trabalho dos profissionais da ESF e os grupos foram suspensos. Contudo, após o retorno dos profissionais da ESF para os grupos, os profissionais do NASF continuaram sem participar dos grupos.

Quando foi perguntado aos profissionais da ESF se eles se sentiam apoiados pelos NASF, a médica P5 respondeu prontamente:

Não, [...] A gente precisa estar puxando pro trabalho, a gente fica vendo a menina ali sem fazer nada, chega me dá uma agonia, dá vontade de chegar e dizer 'vamos, é trabalho que vocês querem? Eu tenho!' (Quadro Temático G2, p. 14/ G2.P5.RQ14- Pg. 19, lin. 31-37)

Ao ser questionada se ela, P5, já tentou fazer isso alguma vez ela afirmou que sim e relatou que:

A gente sentou pra planejar, todos juntos, nós com eles, fizemos planejamento do ano todo, a gente de seis em seis meses faz isso. (Quadro Temático G2, p. 14/ G2.P5.RQ14E- Pg. 20, lin. 2-3)

Entretanto, como apontado anteriormente, os profissionais do NASF não conseguiram acompanhar o trabalho da ESF. Assim, P6 refere, que no CSF Emylio, os profissionais do NASF:

Às vezes, eles são estigmatizados, porque também recebem piada dos profissionais. Essa história que a gente tá contando, eles sabem que a gente fala deles. (Quadro Temático G2, p. 14/ G2.P6.RQ14E2- Pg. 20, lin. 11-12)

Após essa fala, P6 faz referência a como foi o início do trabalho na ESF quando chegou a Fortaleza:

No começo, nós do PSF também fomos estigmatizados, porque não foi dito pra gente quando chegou o que tinha de fazer, não foi feita uma divisão. No começo, a gente teve que primeiro sortear as microáreas, depois ver quem eram os agentes de saúde. Foi um negócio tão desorganizado que no primeiro mês a gente às vezes não sabia o que fazer, então a gente fazia igual ao NASF. A gente ia pra uma sala desenhar um mapa da *comunidade*, encher lingüiça. Só que a partir do segundo mês a gente teve atitude, conversando a gente disse 'passamos o que vocês passaram, só que vocês estão há mais de um ano aqui'. 'Gente, tem gente aqui entre vocês que não sabe nem enrolar serviço, tem gente que chega aqui, conta uma piada e vai pra casa.' (Quadro Temático G2, p. 14/ G2.P6.RQ14E2- Pg. 20, lin. 13-22)

Assim, P5 e P6 consideram que só alguns profissionais do NASF conseguiram se integrar à ESF:

Não consegui se integrar. (Quadro Temático G2, p.15/ G2.P5.RQ15- Pg. 20, lin.33)

Só parcialmente. (Quadro Temático G2, p. 15/ G2.P6.RQ15- Pg. 20, lin.34)

Com isso, P5 afirma que fica difícil trabalho do NASF dessa forma:

[...] só alguns a gente não tem realmente o que falar né? Mas também não vão conseguir trabalhar sozinhos a multidisciplinaridade. Como só o nutricionista vai conseguir? Ele é muito sugado. Como é o único que mostra trabalho, ele é muito requisitado. (*o prof. está falando do nutricionista do NASF*). (Quadro Temático G2, p.15/ G2.P5.RQ15- Pg. 21, lin 1-4)

Já a profissional P7, que é ACS e atua no CSF Elívia, refere-se ao NASF comparando com os profissionais da Residência Multiprofissional que já trabalharam neste CSF. Entretanto, essa comparação será melhor analisada na próxima categoria. Aqui iremos analisar algumas pistas que ela aponta para compreender as dificuldades de trabalho do NASF:

Aí a gente tá com o NASF, mas não tá presente todo dia ali. Passa menos tempo com a gente, porque só vem uma vez por semana, uma vez no mês ele tá aqui e justamente no dia do matriciamento, tá capacitando junto. Aí dificulta a demanda da gente, que é muita, a gente quer botar mais, mas não consegue porque eles não estão presentes. Quanto mais presentes, muito mais coisas acontecem, mais grupos podem ser montados, não fica tão fechado na parte clínica, porque quando se fecha só na parte clínica não ta fazendo nem prevenção, nem promoção, você ta só cuidando de um tipo de modelo que é o curativo. (Quadro Temático G2, p.13/ G2.P7.RQ9E4.P7- Pg. 13, lin. 25-31).

Nesse sentido, a percepção da ACS P7 traz dois aspectos de extrema importância. O primeiro refere-se à questão da capacitação, pois as categorias profissionais que atuam no NASF não possuem tradicionalmente experiência de atuação na APS e muito menos uma formação adequada para esse contexto de atuação, por isso ela diz: “tá capacitando junto”. Já o segundo, refere-se à limitação da forma de organização do NASF (“se fecha só na parte clínica não tá fazendo prevenção, nem promoção, você tá só cuidando de um modelo que é o curativo”).

Desta forma, a pontuação da ACS P7 em relação ao NASF é corroborada pelas reflexões de Böing e Crepaldi (2010, p. 643) que afirmam que no NASF:

O tempo e o contato restritos impedem a equipe de apoio matricial de participar do cotidiano das equipes de saúde da família e da comunidade, inviabilizando o desenvolvimento efetivo de um trabalho de promoção e prevenção da saúde. Assim, as equipes de apoio dedicam-se, quase que exclusivamente, a demandas curativas, repetindo o modelo que se pretende superar. As ideias centrais do modelo de apoio matricial (suas intenções) são bastante válidas no sentido de que pontuam a importância de se incluir a saúde mental na atenção básica, e buscam desenvolver um trabalho integrado, promover o diálogo e a articulação entre a atenção básica e os serviços dos níveis secundário e terciário. A questão é que, paradoxalmente, suas diretrizes (*aqui as autoras fazem referência às diretrizes do NASF*) trazem ações e metas impossíveis de se atingir devido à organização da equipe e ao processo de trabalho que fragmentam a atuação. Com isso, cria-se uma lacuna, distanciando as ações de saúde mental da atenção básica. (*grifo nosso*)

Como visto, as reflexões realizadas por Böing e Crepaldi (2010) abordam o trabalho da SM no NASF. As autoras afirmam que o NASF da forma com é proposto (BRASIL, 2008b), em que cada equipe de NASF apóia entre 8 a 20 equipes da ESF, inviabiliza o desenvolvimento de um trabalho de prevenção e promoção em SM. Assim, as diretrizes do NASF (BRASIL, 2009) reconhecem o valor da vinculação entre as equipes do NASF e da ESF. Entretanto, a forma de organização proposta com a portaria que fala sobre o financiamento do NASF (BRASIL, 2008b) praticamente inviabiliza uma ação mais efetiva de atuação dos profissionais do NASF na ESF.

Sendo assim, faz-se necessário uma revisão sobre a quantidade de equipes da ESF que o NASF deve apoiar, bem como se faz necessário o estímulo à construção processos de ensino em serviço que estimulem situações de ensino-aprendizagem para os profissionais do NASF, como as Residências Multiprofissionais.

5.1.5 O Apoio Matricial em Saúde Mental e os processos de Educação Permanente

Nesta categoria de análise da construção dos sentidos, será analisada a construção de sentidos dos profissionais em relação a alguns processos de educação permanente e sua articulação com o Apoio Matricial em Saúde Mental.

Desta forma, abordaremos inicialmente os sentidos da profissional P7 sobre a atuação dos profissionais da Residência multiprofissional. Esta revela que: “Na época do multiprofissional no nosso posto, eles atuaram bem melhor do que o NASF, assim que o NASF, o CAPS.” (Quadro Temático G2, p.17/ G1.P7.Q2- Pg.6, lin.16-17).

Já em outro momento do grupo focal, a ACS do CSF Elvíia faz outra comparação entre os profissionais da Residência Multiprofissional e os profissionais do NASF:

Os Multi tinha realmente essa atitude de montar, nunca sabem onde a equipe médica está. Quando sentava, perguntava ‘vai fazer o quê?’ ‘vou fazer grupo tal’ [...] Então, tinha uma atuação total, tinha todo um cronograma, eles criaram o dia deles individuais, dentro da equipe e no coletivo. Já o NASF não pensa no trabalho. A assistente social, ‘ave, o CSF Elvíia tem muita demanda’. (Quadro Temático G2, p.17/ G2.P7.RQ16.P7- Pg. 21, lin. 15-27).

Assim, P7 percebe uma diferença significativa entre a atuação dos profissionais da Residência Multiprofissional e a atuação dos profissionais do NASF, que “não pensa no trabalho”. A diferença é que na Residência, há toda uma reflexão teórica e prática sobre a atuação das categorias profissionais na APS a partir do cotidiano do trabalho vivenciado por esses profissionais. No contexto da Residência Multiprofissional são organizados espaços de ensino-aprendizagem nos quais os residentes refletem teoricamente tanto sobre o núcleo (CAMPOS, CUNHA, 2011) da sua profissão, como sobre as vicissitudes envolvidas no campo (CAMPOS, CUNHA, 2011) de atuação na APS.

Já o NASF não possui essa organização e os profissionais acabam precisando desenvolver habilidades necessárias para sua atuação de forma isolada, por conta própria, ou apenas pelo trabalho em equipe. Tal fato pode demonstrar a necessidade de processos de educação permanentes voltados diretamente para esses profissionais.

P7 ressaltou ainda que alguns casos complicados que ela teve que acompanhar de perto no AM em SM foi o psicólogo da residência que a ajudou: Ajudou-me muito o [...] psicólogo. Foi um dos que mais ajudou a gente. (Quadro Temático G2, p.17/ G2.P7.RQ9E2.P7- Pg. 13, lin. 2-3). Entretanto, após essa sua fala fiz um comentário de que a

residência havia acabado. Então ela respondeu: “Acabou, quebrou as nossas pernas [risos]” (Quadro Temático G2, p.17/ G2.P7.RQ9E2.P7- Pg. 13, lin. 7). “Quebrou, porque a gente tinha muita coisa que os multi organizavam.” (Quadro Temático G2, p.17/ G2.P7.RQ9E4.P7- Pg. 13, lin. 22).

Então, a ACS falou sobre os grupos formados pela residência multiprofissional no CSF Elívia:

[...] agente trabalha muito na comunidade, nas associações, colégio, a pastoral, a gente tinha a terapia comunitária, um grupo de caminhada. Então quando sai aquele profissional acaba aquele vínculo, depois a gente tem que criar de novo e ter a confiança... Porque a pessoa tá tão empolgada e pára. (Quadro Temático G2, p.17/ G2.P7.RQ9E5.P7- Pg. 13, lin. 40-44)

Desta forma, a ACS aponta a diferença de qualidade no trabalho dos profissionais da Residência Multiprofissional comparado ao trabalho que o NASF e o CAPS realizam na ESF. Contudo, a profissional também aponta para a descontinuidade do trabalho provocada pelo final da residência, que tem a duração de dois anos e acontece com profissionais que não são servidores e nem são contratados formalmente pela prefeitura, tendo um vínculo de trabalho apenas como bolsistas.

Diante da comparação entre o trabalho dos profissionais, P5, que é médica de família e preceptora da residência médica no CSF Emylio, ressalta:

Acho que aí tem muito a questão da qualificação e do ensino aí. A residência eles tem toda uma obrigação a ser cumprida, que se não cumprirem, tem os preceptores que estão por trás deles dizendo ‘você tem que fazer isso e você tem que fazer aquilo’. O NASF acho que já não tem essa cobrança em cima deles. Eu acho que deveria ter alguém por trás cobrando do NASF o serviço deles, os indicadores. ‘Cadê os grupos, vocês estão fazendo?’ ‘Cadê as demandas de visita?’ Eu acho que não tem isso, na residência eles eram cobrados, então eles tinham que mostrar serviço. (Quadro Temático G2, p.17/ G2.P5.C(G2.P7.RQ16.P7)- Pg. 21. Lin. 34-37/ Pg. 22, lin. 1-4).

Nesse sentido, as unidades de análise, que trazem uma reflexão dos profissionais sobre o processo formativo da Residência Multiprofissional, revelam que este traz realmente uma qualificação dos profissionais para atuação na APS. Portanto, os processos de ensino-aprendizagem estimulados na Residência parecem favorecer essa melhor atuação dos profissionais, como pontuou a ACS.

Outro processo de educação permanente destacado pelos profissionais da ESF, P5 e P6, foi um curso de Capacitação em Saúde Mental na Atenção Primária. Em relação a esse curso, os profissionais do CSF Emylio identificam que foi através dele que se iniciou o AM em SM:

[...] o começo de tudo acho que foi com aquela capacitação que a gente foi convidado. [...] a gente fez um curso e teve a primeira entrada no matriciamento em saúde mental. A gente até participou durante o curso de algumas etapas do matriciamento. Essa etapa tinha como foco principal a área de abrangência, ou a área adscrita, e nesse processo todinho a gente se deparou com coisas interessantes, porque essa parte inter-setorial, interdisciplinar, queira ou não, ela é importantíssima no que se refere ao cuidar, principalmente na saúde mental ou na saúde coletiva (Quadro Temático G2, p.16/ G2.P6.RQ1- Pg.1, lin.19-20/24-29).

Eu acho que o curso que a gente fez da Babel foi essencial pro matriciamento dar certo [...] A parte presencial foi importante pra gente ter conhecimento de muita coisa. Foi um curso da saúde voltado pra saúde mental na atenção primária. [...] Teve a parte prática que a gente fez dentro da comunidade, outra coisa que estimulou muito a gente a fazer. A gente percebeu que alguns tiveram muito sucesso, outros tiveram um fim bem ruim, mas não por a gente não tentou, mas por conta do contexto ruim que aquele caso tinha, por conta desse curso que eu tenho uma visão mais ampla do que é a saúde mental. Eu acho que o P6 também. O curso melhorou até o trabalho. (Quadro Temático G2, p.16/ G2.P5.RQ18- Pg. 23, lin. 34-39/Pg. 24, lin. 1-4).

Sendo assim, os profissionais confirmam a importância de processos formativos direcionados para a realidade de atuação na APS, nos quais há o enfoque da complexidade da relação entre teoria e prática nesse contexto. Isso pode apontar também que a educação em serviço como um processo de desvelamento e reconstrução da realidade contribui para um maior compromisso dos profissionais na realização do trabalho.

Outra questão apontada pelos profissionais, é que a capacitação em SM foi essencial para o AM dar certo. Com isso, demonstram a importância da compreensão sobre a SM e o processo de trabalho do AM em SM para poderem iniciar e sustentar essa atuação conjunta, mesmo com os desafios cotidianos impostos pelas limitações do sistema de saúde de Fortaleza. Para Freire (1996), o ensino e a aprendizagem exigem, além da compreensão do conteúdo, apreensão da realidade, exigem uma leitura do mundo. Desta forma, o processo de ensino-aprendizagem na ESF exige uma apreensão da realidade das populações atendidas, bem como da realidade das políticas públicas voltadas para essa população.

Portanto, atuação dos profissionais na ESF pede uma leitura de mundo para além do núcleo tradicional das diversas profissões. Exige uma reconstrução da atuação das várias categorias profissionais da saúde, a fim de recriar o seu conhecimento tradicional dentro da realidade da população atendida e da sua atuação no SUS. Contudo, esse ato de recriação não pode ser feito de forma isolada, ele é realizado pelos profissionais a partir das relações que estabelecem com os usuários e o seu contexto sócio-cultural, bem como, na interação que os profissionais estabelecem com os outros colegas de trabalho. Tal fato aponta significativa

semelhança com as contribuições de Vygotsky (1994) sobre o processo de ensino-aprendizagem.

Desta forma, os processos formais de educação permanente, como as residências na APS, possibilitam um espaço fértil para a troca de conhecimentos e recriação dos mesmos, sem esquecer que cognição e afetividade não estão separadas no processo de ensino-aprendizagem humano, conforme apontam Vygotsky (2005; 2001) e Paulo Freire (1996). Além disso, a problematização do conteúdo aprendido na graduação a partir da realidade de atuação na APS possibilita uma aprendizagem para além do conteúdo, para além da técnica. Contribui também para uma atuação dos profissionais de saúde ética e comprometida com o SUS, com os usuários e com os próprios trabalhadores, na medida em que também ampliam a consciência sobre as suas condições de trabalho.

Finalmente, para concluir essa parte da análise de dados sobre os sentidos construídos dos três profissionais da ESF sobre o AM em SM, trago uma fala do profissional P5 que reflete a sua percepção sobre os processos de educação permanente e a sua influência no AM em SM:

Não só o matriciamento em si, a saúde mental em todo seu contexto tá sendo tratada de uma forma, que apesar de falha, bem mais satisfatória que antigamente, então eu vejo isso com bons olhos. Eu terminei a faculdade em 99, mas foi nesses últimos cinco anos que eu estive aqui em Fortaleza que vi que realmente o processo tá andando em passos legais, a gestão, apesar de eu não estar muito satisfeito com ela, mas em termos de saúde mental, ela tá fazendo algo. Se não fossem essas capacitações em matriciamento, em terapia comunitária e resgate da auto-estima... Eu vejo que a lógica de saúde mental e matriciamento só têm a crescer e a gerar frutos satisfatórios pra todos nós, não só aos profissionais de saúde, mas também pra comunidade. Pro processo andar, realmente tem que ser de forma interssetorial e interdisciplinar. E o interssetorial não é só no setor de saúde, infelizmente a gente tem esses problemas, mas podem ser resolvidos. Apesar dos pesares, todos nós estamos de parabéns com esse processo de trabalho que a gente está se defrontando atualmente. (Quadro Temático G2, p. 17/ G2.P6.RQ18- Pg. 24, lin.12-24).

Sendo assim, essa unidade de análise traz a construção de sentido do profissional P6, ou a sua leitura de mundo, sobre a SM em Fortaleza. Aqui, o profissional expressa aspectos contraditórios e complementares dessa realidade. Com isso, o profissional faz um retrospecto de como aprendeu SM na sua graduação e de como percebeu a evolução do trabalho na SM nos últimos cinco anos aqui na cidade. Fala sobre a atuação da gestão da Prefeitura de Fortaleza reconhecendo a importância do seu trabalho na SM, mas também apontando a necessidade de mais investimentos.

Refere, ainda, sobre a importância das capacitações que o ajudaram a compreender melhor e a atuar na ESF tendo uma compreensão mais abrangente em SM. Desta

forma, percebe frutos positivos para os profissionais e para a comunidade e afirma que todos estão de parabéns. Contudo, também aponta a importância da compreensão da atuação interdisciplinar e intersetorial para um melhor resultado do trabalho em saúde.

Portanto, a partir dessa última unidade de análise, pode-se perceber a compreensão que o sujeito faz da realidade a partir de processos subjetivos e objetivos (Freire, 1992), trazendo aspectos individuais e coletivos, trazendo os seus sentidos construídos para avaliar o investimento em SM nos últimos anos na cidade de Fortaleza, dentre os quais o profissional destaca as capacitações: em AM em SM, em Terapia Comunitária e em Resgate da auto-estima.

5.2 SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESF PELOS PROFISSIONAIS APOIADORES DOS CSF

Esse item da análise dos dados da pesquisa trata sobre os sentidos construídos sobre AM em SM na ESF por quatro profissionais de CAPS que atuam como apoiadores matriciais em SM nos três CSF pesquisados, durante um grupo focal que aconteceu no final do ano de 2011.

Desta forma, as construções de sentidos sobre o AM em SM dos profissionais durante o grupo G1 foram divididas em quatro categorias de análise. Foram destacadas, então, as seguintes categorias: **o Apoio Matricial em Saúde Mental; a Interação entre Profissionais no Apoio Matricial em Saúde Mental; a Gestão e as suas Orientações para o Apoio Matricial em Saúde Mental; e os Resultados do Apoio Matricial em Saúde Mental para os apoiadores.**

No decorrer da análise dos dados, foi interessante compreender que as construções de sentidos dos apoiadores nas várias categorias temáticas demonstram aspectos contraditórios vivenciados por esses profissionais no trabalho cotidiano do AM em SM. Tais contradições contribuem para perceber a complexidade envolvida nessa forma de organização do trabalho em saúde, pois, ao mesmo tempo em que apontam para relevância do AM em SM, também demonstram uma diversidade de fatores que precisam ser superados para efetivação do AM no cotidiano do trabalho nos CSF. Esses fatos trazem características objetivas, como a necessidades de mais serviços e profissionais para a APS e para a SM, mas também apontam

questões subjetivas, como a disponibilidade dos profissionais para o trabalho em equipe e para a valorização dos saberes de várias categorias profissionais.

Como exemplo, posso citar, de forma breve, pois será visto mais claramente na análise de cada categoria, uma das profissionais fala que se sente renovada ao realizar o AM e que prefere realizar o apoio matricial a estar na dinâmica desgastante do CAPS. Já em outro ponto do diálogo do grupo, em outra categoria na análise de dados, a mesma apoiadora revela que se questiona se vale à pena, pois se sente fazendo um papel de formiguinha já que dos 12 postos da SER, somente em um ela percebe que o trabalho é resolutivo. Então, a profissional revela que os seus outros colegas do CAPS não conseguem perceber essa potência do AM em SM, pois, no cotidiano desgastante do trabalho no CAPS, os outros 11 postos continuam encaminhando para o serviço de SM toda pessoa em sofrimento psíquico independente de ser grave ou não.

Nessa perspectiva, pode-se perceber como a realidade das interações vividas pelos apoiadores traz uma polissemia de sentidos para o AM em SM. Freire (1980) aponta que há uma relação entre a palavra e o ser que a designa. A palavra, então, pode revelar aspectos da realidade social, cultural e política, na qual homens e mulheres estão inseridos, neste ponto as ideias de Vygotsky (2005; 2001) e Freire (1980) convergem. Sendo assim, o diálogo contribui para a aproximação entre pessoas de universos culturais distintos, bem como para a construção de sentidos dos sujeitos sobre a sua realidade social e pessoal. Um dos objetivos do AM é exatamente a ampliação do diálogo entre profissionais de diferentes especialidades, a fim de possibilitar uma dilatação do olhar desses profissionais para o processo de saúde e doença dos usuários do SUS.

Desta forma, as próximas categorias da discussão dos dados revelam os sentidos polissêmicos construídos pelos profissionais que atuam como apoiadores matriciais sobre o AM em SM em três CSF.

5.2.1 O Apoio Matricial em Saúde Mental

Esta categoria da dimensão de construção dos sentidos dos apoiadores matriciais sobre o AM em SM revela a compreensão pessoal desses profissionais (que também é fruto das relações interpessoais no contexto social em que vivem) sobre essa forma de organização

dos serviços de saúde. Iniciei pela fala da profissional P1 que influenciou o título desse trabalho. P1 entende que o AM em SM:

[...] se perde no cotidiano da dinâmica do serviço e é ouro. Acho que se as pessoas olhassem o matriciamento como de fato deveria ser visto, é ouro. E ouro não bóia né? Ouro a gente tem que ir lá, porque melhora a qualidade do atendimento na comunidade, melhora também pra gente as informações com relação à rede. Se a gente ficar encapsulado dentro do CAPS, aguardando que a gente tenha acesso, isso não vai acontecer. E as parcerias né? (Quadro temático G1, p. 4/ G1.P1.RQ1 -Pg.5, lin.13-18).

Nesse sentido, a profissional aponta que é preciso sair do CAPS. O profissional do CAPS precisa desencapsular-se para compreender as informações da rede de saúde e para melhorar o atendimento mais próximo da comunidade. Afirma também que o AM em SM é ouro e adverte que ouro não boia. Então, os profissionais precisam “garimpar” fora do CAPS para encontrar o ouro das informações sobre a rede e melhorar o atendimento no CAPS e na ESF. Esta construção de sentido de P1 sobre o apoio matricial, ainda me faz pensar que o AM em SM também é ouro, porque é raro, é preciosidade como um real espaço de diálogo, de troca de experiências, de conhecimentos e de sentidos pelos profissionais da ESF e da SM nas Regionais e nos CSF estudados nesta pesquisa.

Outra profissional que participou do grupo focal, P2, parece concordar com a afirmação de P1 e refere que o interesse por realizar o AM veio da percepção da sua importância para o próprio CAPS:

[...] eu me interessei desde o início pela ideia por ver a importância que tinha essa ferramenta pro funcionamento do próprio serviço, não é só benefício pro próprio posto de saúde. Fazer esse trabalho de articulação com a rede; ficava sempre naquela ideia bem subjetiva da rede. E a rede tá aí e a gente tava longe dessa rede, ninguém conseguia se envolver na rede. Aí meu interesse partiu muito dessa observação, de ver essa demanda que estava desfocada e fazer as pessoas irem pra lá, ficar sendo jogadas de um lado pro outro, buscando a assistência e vendo que essas pessoas com o passar do tempo realmente iam ser pacientes do CAPS. Porque elas estavam batendo nas portas, que estavam fechadas pra esses usuários. [...] Os profissionais que trabalham no CAPS vivem essa angústia de chegar aquele usuário ali e você saber que ele tá sofrendo e você às vezes, não tem pra onde encaminhar. Quando você retorna pro posto, o posto volta pro CAPS, e fica esse jogo de pingue-pongue, como se as pessoas pudessem ser bolas né? (Quadro temático G1, p. 4/ G1.P2.RQ1-Pg.6, lin-1-12).

Assim, P2 também reconhece a importância do AM em SM para objetivar ou concretizar a articulação da rede de saúde. Refere ainda que percebeu que o AM também poderia contribuir para organizar a demanda do CAPS, que estava desfocada para pacientes que não possuem transtornos mentais graves. Contudo, os usuários que iam buscar o serviço do CAPS também estavam em sofrimento e não eram atendidos nem no CAPS, nem no CSF (nem em lugar nenhum) e ficavam entre um serviço e outro a procura de atendimento.

A fala dessa profissional traz um problema já apontado neste estudo e por Góis (2012) que é a cobertura incipiente na cidade de Fortaleza para lidar com o sofrimento psíquico e com a crise existencial da população. Góis (2012, p. 140) refere que na crise existencial:

A pessoa sente que não está mais se controlando e controlando o curso de sua ação em seu dia a dia. A existência começa a ficar comprometida, a resistência se encontra rebaixada. O morador, mesmo continuando ativo, realizando as suas atividades rotineiras, sente e percebe o seu esmorecer, vê que o chão está cedendo aos seus pés. Tenta e não consegue deter por conta própria a queda iminente. Aqui se torna óbvia a necessidade de atuação rápida sobre a crise, antes que aprofunde ainda mais e leve a algo mais grave.

Em vários lugares da cidade de Fortaleza também existe uma proposta para lidar com o sofrimento psíquico que é a Terapia Comunitária, como a realizada pelo enfermeiro P6 do CSF Emylio, que foi estimulada pela Prefeitura através de cursos de formação para profissionais de saúde. Contudo, muitos profissionais que fizeram a formação não facilitam a terapia (conforme apontado por P7 no grupo focal dos profissionais da ESF) e, na fala da profissional P2, não há qualquer referência à Terapia Comunitária como alternativa para essas pessoas que estão sofrendo.

Desta forma, P2 afirma que essa falta de assistência provoca angústia nos profissionais do CAPS que não tem para onde encaminhar essa população em sofrimento psíquico.

Em relação à ampliação da clínica no AM em SM, a profissional P4 afirma, em dois momentos distintos, que ampliou o seu olhar a partir do trabalho como apoiadora:

[...] é importante a gente estar lá na atenção básica. Pra gente poder pensar possibilidades bem maiores, porque a gente amplia realmente esse olhar, quando a gente tá com a equipe que está próxima a casa, que está com o agente de saúde; que conhece essa relação familiar, esse contexto social. É muito mais fácil a gente pensar junto do que a gente pensar no mundinho lá do CAPS dentro do serviço. (Quadro temático G1, p. 4/ G1.P4.RQ2- Pg.7, lin.50/Pg.8, lin.1-4).

Sendo assim, a profissional refere que a proximidade com o contexto social e com as relações familiares dos usuários amplia o seu olhar como profissional e permite possibilidades maiores de intervenção, facilitadas principalmente pelo agente comunitário de saúde (ACS). No segundo momento em que aborda esse tema, P4 acrescenta mais alguns elementos importantes na realização do AM para ela:

Até as discussões que a gente tem no matriciamento acho muito mais ricas, no sentido de estarmos mais próximos da realidade daquele usuário, pensando um projeto terapêutico singular que ele realmente vá tá aderindo, que ele vai ter um retorno para ele mesmo mais fácil na atenção básica, do que no próprio serviço especializado. Esse cuidado, esse retorno eu acho muito maior na própria atenção básica, porque o agente comunitário sabe como é aquela rotina, como é a relação familiar, como é a relação com os vizinhos, sabe se ele tem ou não condição de ir pra uma terapia comunitária, se tem esse suporte familiar pra tá levando ele ou não, como é essa relação dele na comunidade, então a gente precisa pensar um projeto terapêutico mais na real pra poder ter continuidade. Então, acho muito mais rica essa construção, essas possibilidades de conhecer essa rede, do que no próprio serviço especializado. Porque quando eles chegam lá, eles já chegam com os processos de doença mais focados, já tem aquela dinâmica do serviço que é muito louca também. Eu acho que na atenção básica possibilita a gente construir isso melhor. (Quadro temático G1, p. 4/ G1.P4.RQ7E.P4- Pg.19, lin.42-50/Pg.20, lin.1-5)

Portanto, estas últimas falas destacadas da profissional P4, revelam a importância da aproximação dos profissionais da SM com o contexto da APS e trazem a possibilidade da construção de um projeto terapêutico mais adequado à realidade e ao contexto social do usuário. O que ajuda a evitar a oferta de modelos de cuidado universalizados, como a oferta de psicoterapia tradicional para toda pessoa em sofrimento psíquico.

Desta forma, parece que os ACS contribuem para a inserção dos profissionais na realidade social e familiar dos usuários. Já que, a atuação em conjunto com os ACS, possibilita que este seja um mediador para que os profissionais da SM compreendam os códigos da comunidade e do lugar, pois na grande maioria das vezes os profissionais da SM vêm de outra realidade, de outro contexto sócio-cultural. Isso permite a construção de um projeto terapêutico “mais na real”, como afirma P4, e contribui para ampliação do olhar dos profissionais de nível superior para a realidade social da população.

Sendo assim, as unidades de análise retiradas do discurso da profissional P4, revelam a importância do Apoio Matricial como um processo de trabalho que propicia espaços de ensino-aprendizagem entre os sujeitos envolvidos. Nesse sentido, revela a importância da interação social para a aprendizagem dos profissionais no contexto do trabalho, aproximando-se dos importantes postulados de Vygotsky (1994) sobre a aprendizagem humana.

Em recente estudo avaliativo sobre a integração entre as redes de APS e de SM, Campos R *et al.* (2011) apontou que os ACS possuem um papel estratégico para identificar possibilidades de ofertas terapêuticas na comunidade e para escutar de maneira mais próxima a população.

Com isso, a profissional refere possibilidades bem mais ricas de atuação em SM na ESF do que no próprio serviço especializado (no caso, ela se refere ao CAPS), tanto na ampliação da diversidade de ofertas terapêuticas, quanto na atuação de maneira preventiva, antes dos “processos de doença mais focados”. Tal afirmação nos faz novamente questionar a denominação de que a APS é menos complexa.

Já a profissional P1, que é psicóloga, afirma, em relação às suas idas para os encontros de AM em SM, que:

Eu nunca me senti assim não podendo, sabe? Acho que aquele momento é tão rico e a gente tá aprendendo, levando conhecimento ou alguma orientação. Mas a gente também tá se doando e também tá recebendo. (Quadro temático G1, p.5/G1.P1.RQ4E.P1- Pg.14, lin. 44-47).

Aqui, P1 refere à importância de estar aprendendo e ensinando, doando e recebendo. Essa fala da profissional lembra-me a complexidade do processo de ensino-aprendizagem em Vygotsky. Segundo Nunes e Silveira (2011), o termo aprendizagem para Vygotsky deve ser compreendido imbricado com a situação de ensino, pois a aprendizagem acontece a partir da interação com outros sujeitos da cultura nas situações de ensino. Assim, ao referir que aprende e ensina, a profissional aponta para a relação dialética entre esse dois processos.

Desse modo, ao se questionada sobre o que recebia no AM em SM a profissional afirmou que:

[...] pra mim o sentimento que fica, do entendimento do sofrimento do outro, no sentido de não que eu vá dar conta, porque é dele né? Mas, assim, de ter se chegado mais próximo daquele atendimento interdisciplinar e de uma integralidade da pessoa, sabe? Então é assim, o mais próximo, acho que isso a gente recebe. E havendo uma unidade ali, todos queremos o quê? Uma resolutividade pra ele, melhor qualidade de assistência e tal. (Quadro temático G1, p.5/G1.P1.RQ4E2.P1- Pg.15, lin. 1-6).

Assim, a profissional parece apontar que a compreensão do sofrimento do usuário de forma mais integral, a partir do atendimento interdisciplinar, também traz uma satisfação para ela. Parece demonstrar, ainda, uma complementaridade entre a sua satisfação como profissional e uma maior resolutividade e melhoria do atendimento para o usuário.

Sobre o mesmo questionamento que fiz para P1, que fazia referência ao que ela recebia como apoiadora matricial em SM, a profissional P2 respondeu que:

O que fica pra mim eu não saberia te dizer, Íris, porque, assim, essa minha passagem pelo matriciamento, outro dia falei lá no CAPS, [...] na roda que o matriciamento pra mim estava sendo a atividade que me gratificava mais dentro do CAPS. Eu não saberia traduzir pra você o que fica, porque eu não tinha noção do que era atenção básica. Quando entrei no CAPS, não tinha noção da realidade do usuário do CAPS, eu só fui ter essa visão a partir do momento em que me envolvi nas visitas domiciliares e nessa oportunidade que foi estar no matriciamento, que conheci a realidade dessas comunidades, de ver de perto como essa pessoa que chega ao CAPS adoecida, onde ela vive, como se estrutura aquela ambiência dela. [...] então é uma oportunidade não só de olhar e ver o paciente ali na situação do matriciamento, mas me dá informação na hora em que a gente vai fazer uma visita, na hora que eu vejo como funciona o posto. Até pra quando o usuário do CAPS precisar de algum recurso do posto, eu saber orientar e saber encaminhar. Então, pra mim, é uma oportunidade de aprendizagem que eu não conseguiria traduzir para você e mensurar o quanto isso é importante dentro da minha tarefa no CAPS. Entende? Pra mim, é muito importante o matriciamento. Eu já pensei por várias vezes sair por conta das dificuldades mesmo de logística. (Quadro temático G1, p.5/ G1.P2.RQ4-Pg. 15, lin.25-43).

Como visto, apesar de P2 dizer que não sabe o que recebe no AM em SM, ela afirma que é a atividade que mais a gratifica dentro do CAPS, mesmo com todas as dificuldades para fazer o AM acontecer. Então, já no final dessa unidade de análise, a profissional refere que é tão importante o AM em SM no trabalho dela dentro do CAPS que ela não consegue nem traduzir, nem mensurar essa importância.

Freire (1980) aponta o diálogo como uma necessidade existencial do ser humano. Sendo assim, pensando o AM como um espaço que favorece o diálogo entre profissionais e entre estes e os usuários, imagino que esse possa ser um dos motivos da gratificação apontada pela profissional P2. Contudo, isso não foi diretamente referido na fala dela.

Nesse sentido, P2 continua a sua fala e afirma que não tinha noção da realidade do usuário do CAPS, antes de se envolver nas visitas domiciliares e no matriciamento. Confirma, assim, que vem de outra realidade cultural e social e que só o trabalho dentro do CAPS não possibilita que ela tenha a compreensão de onde vive aquela pessoa que chega adoecida. Traz, com isso, a importância de conhecer a “ambiência” do usuário: sua casa, as relações que estabelece com a vizinhança, com o trabalho, com o posto de saúde.

P2 é psicóloga, como eu, e, sua fala, me faz lembrar os processos clássicos psicoterápicos que eu aprendi na universidade e em cursos de formação sobre abordagens psicoterapêuticas. Nos quais, a nossa formação é, ou era, voltada para a clínica psicológica dentro do consultório, individual, com pouca referência a compreensão dessa “ambiência”, desse contexto social para a compreensão do sujeito. Tal compreensão do sujeito vinha somente a partir da sua fala e da relação que estabelecia com o psicoterapeuta.

Desta maneira, considero (sem nenhum desmerecimento à fala do sujeito no processo psicoterápico) que a construção de sentido de P2 e a minha experiência profissional apontam para a importância da compreensão do contexto social da pessoa em sofrimento psíquico na intervenção psicológica.

Nesse sentido, a teoria histórico-cultural da mente traz uma significativa contribuição para a psicologia e para os profissionais de saúde de uma forma geral, pois, compreende que o fenômeno psicológico é mediado socialmente. Assim, apoiada nas ideias de Vygotsky, Molon (2011, p. 118) afirma que: “são as relações sociais que devem ser interrogadas para a compreensão do fenômeno psicológico, mas relações sociais que ocorrem entre sujeitos. Sujeito localizado numa corporeidade que é biológica, semiótica, afetiva e histórico-social, portanto, ética.”

Sendo assim, retomando a construção de sentidos dos apoiadores matriciais que participaram do grupo focal G1, os profissionais destacaram também as dificuldades que encontram nos CSF e nos CAPS para a realização do AM em SM. As unidades de análise que seguem trazem inicialmente as dificuldades que os profissionais percebem nos CSF:

[...] o posto tem um cotidiano já todo programado, daquelas exigências de cada programa. Não existe o programa ‘matriciamento’ dentro da unidade de saúde. Isso é que vejo como um entrave, a coisa não flui da forma como poderia acontecer, gerando os benefícios que poderiam gerar, porque é como se viesse uma tarefa a mais. As pessoas, quando você chega em algumas unidades, parece que elas estão insatisfeitas, tendo que cumprir, porque o agente de saúde chegou com uma demanda e é mais uma atividade, como cobrança e aí vivem também a angústia deles. (Quadro temático G1, p. 6/ G1.P2.RQ1-Pg.6, lin.16-23).

A profissional P2, que trabalha na Regional do CSF Emylio, fala sobre as ações programáticas da ESF e que o matriciamento não está incluído entre essas ações rotineiras da ESF. Afirma que, em algumas unidades, parece que profissionais da ESF entendem o AM como uma atividade a mais e parecem insatisfeitos na realização dessa tarefa.

Já a apoiadora do CSF Elívia refere que:

O exemplo do CSF *Elívia* é bem atípico mesmo. Dentro do posto tem essa priorização do matriciamento, tem esse direcionamento da equipe como um todo, então é bem particular. Os outros postos da regional também é essa rejeição, essas dificuldades, mais demandas, mais problema, vão trazer mais questões. (Quadro temático G1, p. 7/ G1.P4.C(G1.P2.RQ1)-Pg.6, lin. 29-32)

Sobre esse aspecto, a profissional que participa do AM no CSF Áurea, também encontra dificuldades:

Com relação a essa pouca importância que muitas vezes a atenção básica dá ao apoio matricial, a gente também passa por essa mesma dificuldade. Com exceção de alguns postos. (Quadro temático G1, p. 7/ G1.P3.C(G1.P2.RQ2)-Pg.8, lin.14-17).

[...] a gente tem 20 unidades, tem unidade que você chega e lhe recebe bem, tem unidade que olha e diz 'meu Deus, apoio matricial novamente'. Aí tem unidade que joga os ACS pra serem responsáveis; não é assim, mas a gente sabe que tem que ter uma divisão na equipe inteira né? Em alguns momentos é difícil. (Quadro temático G1, p. 7/ G1.P3.RQ2E.P3-Pg.9, lin.3-7).

Com isso, os profissionais das três regionais identificaram dificuldades semelhantes em vários CSF e, a partir dos seus relatos, pudemos perceber que os postos nos quais o AM em SM acontece como um trabalho mais estruturado envolvendo realmente a equipe da ESF são exceções ou exemplos atípicos. Diante disso, uma das apoiadoras matriciais referiu que:

Tem médicos que não aceitam fazer o atendimento, mesmo o paciente tendo perfil pra ser acompanhado dentro do PSF, porque o PSF não envolve a saúde mental. O usuário do PSF é uma pessoa que não tem uma psique, não tem uma mente, é totalmente sem cérebro, a mente dela não tá envolvida no atendimento do posto. É uma visão assim bem interessante, dá um estudo né? (Quadro temático G1, p. 7/ G1.P2.RQ3-Pg.11, lin.30-35).

É interessante perceber que mais uma vez é feita referência a figura do profissional de medicina como o que não consegue se adequar a proposta da ESF. Vários artigos (CAMPOS, R. *et al.*, 2012; 2011; CAVALCANTE *et al.*, 2011; FIGUEIREDO, CAMPOS, R., 2009; DIMENSTEIN *et al.*, 2009b) apontam sérias limitações na formação dos profissionais da saúde, principalmente das categorias que compõe a ESF, para lidar com o sofrimento psíquico, o que reforça a importância da realização de estratégias como o AM em SM para favorecer a ampliação do escopo da atuação desses profissionais.

Contudo, não é somente na ESF que os apoiadores matriciais percebem resistência dos profissionais para a organização do AM em SM. Segundo as apoiadoras matriciais, alguns profissionais dos CAPS, que não realizam AM em SM, possuem dificuldade em compreender a proposta. Mostrarei, então, algumas unidades de análise, que demonstram parte da construção de sentidos da profissional P4 sobre esse aspecto:

[...] alguns já sentem que tem mais trabalho no serviço vindo da atenção básica. Não é, na verdade. Mas é o entendimento deles sobre o que é matriciamento, eu sinto que tem essa dificuldade também dos profissionais que não conhecem o matriciamento, que não estão lá fazendo o matriciamento, que estão lá mais dentro nos atendimentos de primeira vez, nos plantões e nos acolhimentos. Tem dentro do serviço essa dificuldade de entender e também ver que aquela pessoa também é nossa. (Quadro temático G1, p. 8/ G1.P4.RQ2-Pg.7, lin.8-14).

[...] Agora, nesse momento, eu tô vendo a resistência dentro do CAPS. (Quadro temático G1, p. 7/G1.P4.C(G1.P2.RQ1)- Pg.6, lin. 39).

Não é uma coisa bem objetiva “a gente não vai receber todo mundo”. Receber todo mundo recebe, mas eu sinto que há ... (*outro profissional completa*) uma resistência. (Quadro temático G1, p. 7/ G1.P4.RQ2-Pg.7, lin.46-47)

É uma coisa assim, meio no ar, meio subjetivo né? Não fica explícito. Mas eu vejo que é mais a questão de conhecimento também, de entender um pouco melhor o que é esse processo. (Quadro temático G1, p. 7/ G1.P4.RQ2-Pg.8, lin.1)

Eu acho que essa falta de entendimento pode estar gerando isso e, também, as dificuldades que a gente sabe que tem: estruturais, de pessoas dentro do serviço, um ambiente de trabalho muito precarizado, uma demanda extremamente excessiva de pacientes graves, com crise. (Quadro temático G1, p. 8/ G1.P4.RQ2-Pg.8, lin.8-11)

Destarte, P4 refere que percebe uma resistência, não explícita, de alguns profissionais do CAPS em relação ao AM em SM, pois consideram que o AM aumenta a demanda do serviço de SM, que já está além da sua capacidade de funcionamento. Além disso, a profissional pondera que também falta conhecimento para esses profissionais compreenderem melhor o AM e ainda relata as dificuldades estruturais do CAPS: poucos profissionais no serviço, “um ambiente de trabalho muito precarizado, uma demanda extremamente excessiva de pacientes graves, com crise.”

Já a profissional P3, ao falar das dificuldades que encontra no CAPS para a realização do AM em SM, afirma que seria interessante que houvesse uma rotatividade na equipe de AM:

Tem inúmeras coisas a frente da proposta do apoio matricial. Outra coisa também que eu vim refletindo sozinha, não tinha nem comunicado isso a ninguém ainda, essa questão dessa equipe fixa do apoio matricial. Porque, assim, se está fazendo, é porque se tem interesse, você teve vontade, tá saindo porque você quer. Você tem interesse em conhecer essa proposta e tá atuando em cima dela né? Mas devido a algumas cobranças, algumas implicações, eu tenho pensado que seria até interessante essa equipe que faz o apoio matricial de cada CAPS, que ela fosse rotativa. (Quadro temático G1, p. 8/ G1.P3.RQ2.P3 –Pg. 8, lin. 23-29).

Desse modo, P3 revela que quem faz AM é porque tem interesse e vontade em realizar essa atividade. Contudo, aponta que ser apoiadora matricial também traz algumas implicações e cobranças para os profissionais que realizam essa ação. Sugere, então, que essa responsabilidade seja partilhada com outros trabalhadores do CAPS.

Ainda se referindo aos profissionais do CAPS, P3 afirma que alguns não conhecem a proposta do AM e nem a Atenção Básica:

Porque algumas pessoas que não conhecem a proposta, que não vão até a atenção básica, que não estão sabendo também das dificuldades da atenção básica. Porque a gente tem dificuldade na saúde mental dentro dos CAPS, mas a atenção básica também tem as dificuldades dela. Então, quando você sai da sua zona de conforto e vai conhecer um pouco da outra realidade, você já começa a ter outro olhar né? (Quadro temático G1, p. 8/G1.P3.RQ2.P3 –Pg.8, lin.30-34)

Sendo assim, P3 aponta para a importância de todos os profissionais do CAPS saírem da sua zona de conforto e conhecerem a realidade da Atenção Básica, pois isso ajuda a mudar o olhar dos profissionais do CAPS sobre a APS.

Outro sentimento dos apoiadores matriciais em relação aos colegas de trabalho do CAPS é que há uma crítica velada ao AM, por conta da grande quantidade de usuários que ainda estão no serviço e que não são perfil de CAPS:

Ainda tem uma coisa que eu queria falar, é um sentimento meu com relação à própria equipe. Vejo que tem uma crítica velada sobre o matriciamento dentro do próprio serviço, se está sendo efetivo ou dando resposta, se o profissional tá saindo do CAPS, tem piadinha na reunião, 'ah esse matriciamento, também vou entrar, ficar uma tarde fora do serviço'. Como se fosse uma coisa, assim, de pouco valor ou algo que a pessoa entre pra poder burlar o trabalho, pra não trabalhar, fazer corpo mole. Isso é muito desagradável. O serviço tem um volume de pacientes que é do perfil do PSF enorme, então a crítica que o matriciamento não funciona, é porque essas pessoas estão lá dentro, mas estão lá antes mesmo do matriciamento existir. Não foi feito um trabalho pra identificar e ir fazendo essa passagem de uma forma adequada, porque não adianta mandar pra atenção básica quando a pessoa não vai ser assistida. (Quadro temático G1, p. 8/G1.P2.RQ3-Pg.11, lin.19-30).

P4 afirma que também tem a mesma sensação no CAPS que atua:

A P2 colocou essa sensação que ela tem quando sai do CAPS, a sensação das pessoas, como vêm a questão da saída da gente do CAPS. Então, é uma sensação que eu tenho muito lá dentro. (Quadro temático G1, p. 8/G1.P4.RQ11-Pg.28, lin.45-47).

Sendo assim, P3 fala para as outras apoiadoras matriciais que:

A gente tá encontrando as mesmas dificuldades. Tem horas que é dificuldade lá no posto, outra hora é no CAPS. Tem a dificuldade da ausência da rede, porque a gente sabe que não pode contar com quase nada, é só com a gente, então nem tudo tá dentro da nossa governabilidade. Pra que a gente possa se comprometer com algumas coisas, a gente tem que contar com um outro setor e, às vezes, esse outro setor não existe. Se existe, não funciona. E com relação a esse trabalho do apoio matricial, são essas lacunas, essas falhas, que vez por outra a gente fica mais angustiada e se entristece né? Porque a gente quer resolver, aí você faz o seu papel, faz o que tá dentro do seu poder e aí quando chega adiante, para. (Quadro temático G1, p. 8/ G1.P3.RQ11 –Pg. 26, lin.24-32)

Desta forma, as apoiadoras matriciais apontam que, apesar de estarem inseridas em contextos regionais diversos, há certa incompreensão de outros profissionais dos CAPS sobre a proposta do AM em SM, tanto no que se referem as suas potencialidades, como as suas limitações, diante de ainda serem insuficientes as coberturas dos serviços de SM e da

APS na cidade de Fortaleza. Portanto, mais uma vez, os furos da rede de atenção à saúde (BÖING, CREPALD, 2010) ou os desafios estruturais (CAMPOS, CUNHA, 2011), em Fortaleza, ficam visíveis e lidar com as lacunas e as falhas da rede passa a fazer parte do trabalho. Contudo, como aponta a profissional P3, o enfrentamento cotidiano com as limitações das redes de APS e de SM gera “vez por outra” no apoiador matricial sentimentos de angústia e tristeza, já que nem sempre a resolução das situações enfrentadas está no poder desses profissionais.

Entretanto, o enfrentamento de tais desafios não acontece apenas na cidade de Fortaleza. De acordo com Delfine e Reis (2012) diversas dificuldades são encontradas no dia a dia do trabalho das equipes para realizarem o AM, tais como:

[...] falta de capacitação das equipes de saúde da família e daquelas dos novos serviços de saúde mental para um pensar e agir voltado à atenção psicossocial, falta de espaços de reflexão e análise sobre o trabalho e sobre a loucura, falta de entrosamento entre as equipes da ESF e os serviços especializados, escassez de serviços ou de profissionais de saúde mental e baixa cobertura da ESF em certas regiões. Tais carências geram, entre outras consequências, superlotação dos serviços, sentimento de sobrecarga por parte dos trabalhadores advindo do contato cotidiano com o sofrimento e isolamento dos serviços em si mesmos. (DELFINO, REIS, 2012, p. 358).

Nesse sentido, compreendo a necessidade de que na reflexão sobre o AM em SM também esteja incluída as limitações dos serviços ou os furos da rede, a fim de que a implantação do AM seja compreendida e/ou assumida pelos profissionais e pela gestão sem desmerecer os obstáculos estruturais, organizacionais e epistemológicos (CAMPOS, CUNHA, 2011) envolvidos nesse processo de organização do trabalho em saúde. Desta forma, pretende-se apontar que a responsabilidade da organização do AM depende de uma parceria entre profissionais e gestores. Parceria essa que exige diálogo e ação, além de uma análise crítica das dificuldades e não apenas a acusação das ausências de um ou de outro.

5.2.2 A interação entre profissionais no Apoio Matricial em Saúde Mental

Esse item da análise dos dados faz referência aos sentidos construídos sobre a interação entre os profissionais no AM em SM pelos quatro apoiadores matriciais durante o grupo focal G1.

Sendo assim, a profissional P1 coloca que é preciso uma preparação da equipe de Saúde da Família, que é a Equipe de Referência, para que o apoio matricial aconteça. Os profissionais da ESF precisam já saber a importância daquele momento para se preparar para ele, para querê-lo.

É que nem dar aula. Quando a gente vai dar aula, ali é só o final do trabalho, então precisa ter começado antes. Quando a gente vai pro apoio matricial num grupo que já tá fortalecido, que tem identificação, que tem um compromisso, que tem uma responsabilidade, que foi feito um planejamento e uma sensibilização com as agentes comunitárias de saúde, as idas na comunidade, o acompanhamento daquele usuário no sistema, enfim, você vê que aquele momento é prazeroso [...] É assim que eu sinto, é como aula, aula é o final. Se a gente não se prepara, ali vai ser uma droga né? Mesma coisa é o apoio matricial. Se não houver preparação, uma relação que foi se firmando... (Quadro temático G1, p. 10/ G1.P1.RQ4-Pg.14, lin.13-18/28-30).

Nesse sentido, a profissional faz uma comparação interessante do AM com uma aula na qual é preciso haver um planejamento antes. Campos e Cunha (2011) também fazem uma comparação em relação ao AM, mas fazem essa comparação se referindo à relação professor-aluno. Assim, os autores afirmam que a comunicação tradicional nos sistemas de saúde entre profissionais especialistas e generalistas é uma relação assimétrica, tipo a relação professor-aluno na escola tradicional, na qual um sabe e o outro não sabe. Contudo, os autores afirmam que a relação entre os serviços de saúde deveria ser uma relação de encontro entre saberes distintos e não uma relação entre um que ensina e outro que aprende. (CAMPOS, CUNHA, 2011). Portanto, Campos e Cunha (2011) propõem uma relação dialógica, semelhante à descrita por Freire (1983), entre profissionais de diferentes especialidades e entre serviços de saúde.

Desta forma, continuando com a construção de sentidos dos apoiadores, a profissional P4 afirmou que quando começou a realizar o AM:

[...] eu me sentia assim, numa responsabilidade muito grande de estar dando aquelas respostas pro grupo, enfoque muito voltado à minha pessoa. Eu via que tinha que entender muita coisa, tinha que saber muito até da própria atenção básica, eu tinha que estudar melhor aquilo ali até pra poder entender aquele processo. Só que com o andar da carruagem foi interessante porque o matriciamento passou a ser renovador pra minha vida, saía de lá muito mais renovada né? [...] a partir dos questionamentos que a gente começou a fazer, a entender melhor a vida daquela pessoa, a rotina, e a gente conversando sobre a história de vida daquela pessoa, eles mesmos encontravam né os próprios encaminhamentos e construíam o próprio projeto terapêutico singular daquele usuário. Então, atualmente, eu saio de lá renovada. Até prefiro, às vezes, estar no matriciamento do que na dinâmica bem desgastante do próprio serviço. (Quadro temático G1, p. 11/ G1.P4.RQ4-Pg.16, lin.19-24/26-32).

Até pelo próprio amadurecimento que a gente vai tendo nas discussões, a gente vai entendendo como a gente pode estar contribuindo mais, apoiando mais [...] Aí as coisas vão se construindo e a gente se sente melhor naquele processo, de ser o responsável a dar aquela direção. Não sou eu né, é a equipe que tá construindo, o grupo que tá construindo e tá construindo o foco junto. Então, hoje eu me sinto muito melhor. (Quadro temático G1, p. 11/ G1.P4.RQ4-Pg. 16, lin.39-42).

Portanto, a profissional revela que iniciou apreensiva como apoiadora matricial e que com o tempo foi percebendo que a responsabilidade não era só dela, mas da equipe e como equipe, ou como grupo, profissionais da SM e profissionais da ESF iam construindo o foco do trabalho juntos. Então, após essa construção coletiva, ela começou a aprender a como apoiar mais e a contribuir mais com o trabalho da ESF. Com isso, o AM passou a ser renovador na vida da profissional, o que a faz preferir estar no matriciamento a estar na rotina do CAPS, que ela aponta como sendo desgastante.

Nesse sentido, a fala da profissional P4, que é terapeuta ocupacional, segue na direção do estudo de Sombini (2004). Entretanto, apesar do estudo dessa autora ser realizado com psicólogos que fazem apoio matricial em saúde mental na APS em Campinas, considero que ele também pode servir de reflexão para outras categorias profissionais que fazem AM em SM.

Sombini (2004, p. 221) afirma que:

A partir do compartilhamento de saberes, poderes, funções, papéis, sonhos é possível construir um espaço de real solidariedade que permita a integralidade e a equidade na assistência, que conduza, a partir de um processo de trabalho mais democrático, à ampliação da clínica psi. O compartilhamento aponta várias possibilidades, projetos de novos fazeres...

Destarte, Sombini (2004) refere que o compartilhamento possibilita uma maior riqueza nas relações, permitindo interações entre profissionais com respeito e afeto, ampliando a relação de solidariedade não só entre profissionais, mas também entre estes e os usuários. A autora relata que as psicólogas que tiveram uma maior inserção nas equipes de saúde da família conseguiram um melhor resultado no trabalho. Destaca que a construção da equipe como grupo acontece de forma gradual e que essa construção é necessária para a mudança no processo de trabalho. Cita que uma das entrevistadas afirma que não é o projeto PAIDÉIA (no qual o AM é uma estratégia de gestão para a ampliação da clínica dos profissionais) que melhora a qualidade da assistência e sim a boa relação entre as pessoas. A autora reconhece que o projeto PAIDÉIA incentiva e possibilita novas práticas na rede, mas ressalta o quanto também é importante o vínculo entre a equipe para que esta possa ter uma boa prática clínica.

Desta forma, a construção do vínculo na equipe é facilitada pela criação de espaços no cotidiano do trabalho que permitem o diálogo entre os profissionais e destes com os usuários. Para Freire (1967, p. 107), o diálogo

É uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade (Jaspers). Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação.

Portanto, mais uma vez, percebe-se a correlação entre a construção de sentidos, a construção do conhecimento e a afetividade dos sujeitos envolvidos nesse processo, confirmando as proposições de Freire (1996) e Vygotsky (2005; 2001), nas quais os autores afirmam a imbricação entre a cognição e a afetividade no ser humano.

Durante grupo focal G1, os quatro apoiadores matriciais construíram sentidos sobre como ocorre a interação entre eles e os profissionais dos três CSF pesquisados no AM em SM. Portanto, ao ser perguntado por mim se a profissional P4 sentia-se fazendo parte da equipe do CSF Elívia esta respondeu:

Sim, antes eu tava semanalmente lá né, agora estão indo outras pessoas. Antes, eles me ligavam a semana toda e eu no meu outro trabalho. Então, assim, era uma relação muito próxima. (Quadro Temático G1, p. 11/ G1.P4.RQ4E2.P4-Pg.16, lin.46-48).

A profissional P2 também afirma que possui uma aproximação grande, que a gente pode entender também como vinculação, com os profissionais do CSF Emylio:

[...] no CSF *Emylio* eu tenho uma aproximação muito grande com as pessoas, porque já fiz cursos com vários profissionais, faço um trabalho também lá com outros profissionais que não estão envolvidos diretamente com matriciamento. Mas se envolvem quando tem casos correlacionados às suas áreas. É tão próximo que elas ligam, a médica liga pra discutir ‘tá acontecendo um caso assim’, ‘o que é que eu devo fazer agora, qual o procedimento?’ Então, a gente tem uma aproximação muito grande. Entende?[...] Eu me sinto fazendo o matriciamento e parte dessas equipes. (Quadro temático G1, p. 11/ G1.P2.RQ4E2.P4-Pg.17, lin.4-11).

Sendo assim, a psicóloga P2 afirma se sentir parte das equipes da ESF do CSF Emylio. Tal fato é confirmado pela médica desse CSF que participou do Grupo focal G2: “A P2 (*psicóloga apoiadora*) mesmo é tão integrada à gente, já conhece todo mundo pelo nome e os próprios pacientes vão conhecendo também aos poucos.” (Quadro Temático G2, p. 17/ G2.P5.RQ6-Pg. 10, lin. 20-21). Então, podemos perceber que no CSF Emylio e no CSF Elívia há uma relação personalizada entre apoiadores e profissionais da ESF, conforme sugerem Campos e Domitti (2007). A relação personalizada não foi percebida no CSF Áurea, pois a

realização do AM em SM possui uma pequena frequência, conforme apontado no item sobre a organização e funcionamento do CSF Áurea.

Dessa forma, trago um trecho do grupo focal G1 no qual a relação entre profissionais apoiadores do CSF Emylio, P1 e P2, e equipes desse posto foi evidenciada:

Lá é consulta mesmo. A gente quando é preciso ligar pro Robson (*psiquiatra da eq. de AM*), liga, a P5 tem uma aproximação muito grande. O CAPS geral fica perto também, isso tudo já aproxima... (Quadro temático G1, p. 11/ G1.P2.C(G1.P4.RQ4E2.P4)-Pg.17, lin. 12-23).

E a proximidade que nós criamos né? Entre nós... (Quadro temático G1, p. 12/ G1.P1.C(G1.P4.RQ4E2.P4)-Pg.17, lin. 25).

É confiança mesmo, acho que tem reconhecimento, tudo. (Quadro temático G1, p. 12/ G1.P2.C(G1.P4.RQ4E2.P4)-Pg.17, lin. 27).

Essa sistematicidade acho que é importante a gente estar uma vez por mês em cada posto, chova ou faça sol, a gente está lá. (Quadro temático G1, p. 12/ G1.P1.C(G1.P4.RQ4E2.P4)-Pg.17, lin. 29-31).

A gente hoje tem uma relação muito boa, entende? De trocar mesmo coisas, informações, o enfermeiro, que liga pra saber de alguma coisa e eu ligo pra eles também pra perguntar alguma coisa. Quando tô precisando de algum suporte na rede, a gente tá fazendo essa troca. (Quadro temático G1, p. 12/ G1.P2.RQ5.P2 – Pg.17, lin.45-47).

[...] eu gosto muito das pessoas e tudo, mas vou pros postos e onde vou eu me envolvo com as pessoas em qualquer lugar, entende? É uma disposição isso né? (Quadro temático G1, p. 12/ G1.P2.RQ5E.P2-Pg.18, lin.2-4)

Nesse sentido, P1 e P2 apontam vários aspectos interessantes que contribuem para a relação entre a equipe de AM e os profissionais da ESF do CSF Emylio, tais como: disposição para troca de informações e comunicação por telefone; proximidade física do CSF com o CAPS; proximidade entre os profissionais; vínculo de confiança e de reconhecimento recíproco; sistematicidade no trabalho; disposição para se relacionar e se envolver com as pessoas nos postos. Todos esses aspectos apontam para a importância do vínculo e da afetividade entre os profissionais para a realização do AM em SM.

Sendo assim, o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) também ressalta a importância das relações estabelecidas entre a Equipe do NASF e a equipe de Saúde da Família, afirmando que a primeira tarefa do NASF deve ser “o estabelecimento de um vínculo

de confiança com os profissionais para integrar-se ao cotidiano das equipes e para o desenvolvimento do trabalho” (BRASIL, 2009, p. 42).

Já Bonfim (2009), em um estudo de revisão bibliográfica e documental sobre AM em SM, ressalta que:

[...] o que parece ser solicitado dos profissionais que realizam apoio matricial é algo que vai além da técnica e parte em direção ao estabelecimento de relações interpessoais dialógicas e afetivas, ressaltando a importância da formação de vínculos entre os próprios profissionais e destes com os usuários (BONFIM, 2009, p. 44).

Diante disso, as relações de parceria entre a própria equipe de AM em SM também foram destacadas entre os apoiadores do CSF Emylio:

Foi quando eu te disse que eu me sinto parceira da P2, eu não sei se ela tem esse sentimento para comigo. (Quadro temático G1, p. 12/ G1.P1.RQ4E.P1- Pg. 14, lin.39-40).

É recíproco, [risos] vai ficar registrado. (Quadro temático G1, p. 12/G1.P2.C(G1.P1.RQ4E.P1)-Pg. 14, lin.42).

Desta forma, as profissionais também destacam a importância da parceria até como apoio para enfrentar as dificuldades no trabalho do AM em SM:

[...] eu faço uma parceria grande com a P2 na questão do matriciamento, porque são dificuldades práticas mesmo que, muitas vezes, nos limita e também nos desorganiza, nos desmotiva, sabe? (Quadro temático G1, p. 12/ G1.P1.RQ1 -Pg.5, lin.5-7).

Outro aspecto destacado pela profissional P1 refere-se à relação entre profissionais de categorias distintas na equipe de AM em SM:

É tão importante o momento do apoio matricial. Porque a psicologia e a psiquiatria são de barrigas bem diferentes. Embora a gente tenha o (*médico psiquiatra*), alguém que tem um pé na saúde da família e que também está no apoio matricial. Mas ele tem uma matriz curricular, uma formação, trabalha no Hospital de Messejana. Eu também já trabalhei no Hospital de Messajana e sei como é. Nem que a gente queira tirar da gente, a gente consegue. Então, ele tem muitas vezes aquele *feeling* de desfocar do sintoma, [...] Mas aí ele vai até aí, aí vem o *feeling* nosso de ver o humano ali. Mas o que é? E clarificar e voltar pra ela de novo, fazer o espelho pra ela. Eu acho que tem um benefício diferente. De serem profissionais com olhares diferentes né? (Quadro temático G1, p. 13/ G1.P1.RQ8-Pg.23, lin.28-38).

Como visto, a profissional aborda a diferença entre a formação em psicologia e em psiquiatria. Destaca que o psiquiatra trabalha em um hospital psiquiátrico, que traz um modelo de atuação que parece ficar impregnado no profissional. Contudo, o psiquiatra, apesar da matriz curricular, também percebe a hora durante o atendimento em que é mais importante a atuação da psicologia.

Assim, a profissional P2 fala mais sobre o colega psiquiatra que compõe a equipe:

É um médico que não fica só ali centrado na questão da doença, mas ele escuta. Teve um matriciamento de só eu e a *outra psicóloga* ficarem e o *médico psiquiatra* escutando ali, ele vendo que realmente naquele momento era mais importante a gente estar falando com o paciente, tentando compreender aquela psicodinâmica do caso e tentar dar um encaminhamento a partir desse olhar. [...] Uma equipe que, apesar dos problemas, a gente tem em relação às coisas mais objetivas, a questão dos horários.[...] Mas a gente consegue se entender na hora do atendimento, ninguém combinou nada. São simplesmente os olhares diferentes que se complementam e a gente consegue dar uma resposta efetiva pro usuário. (Quadro temático G1, p. 13/ G1.P2.C(G1.P1.RQ8)-Pg. 23, lin.45-49/Pg. 24, lin.1-5).

Desta maneira, a fala das profissionais da psicologia traz o depoimento da relação que elas possuem com o psiquiatra da equipe, que, no caso, parece ser uma relação de respeito e de reconhecimento do saber do outro. Nesse sentido, alguns autores (BEZERRA, DIMENSTEIN; 2008; BARDAN, OLIVEIRA, 2007) apontam a necessidade dos profissionais que fazem Apoio Matricial terem, além do conhecimento necessário para atuação no seu núcleo profissional, disponibilidade e habilidade para dividir o seu conhecimento, para “dividir saberes e poderes” (BARDAN, OLIVEIRA, 2007).

Por fim, percebe-se que a organização do trabalho em AM e Equipe de Referência pode realmente estimular relações mais solidárias de trocas de conhecimento e afetivas entre os profissionais. Contudo, a efetivação dessa possibilidade necessita de uma abertura desses profissionais para a divisão do saber, quebrando alguns desafios epistemológicos tradicionais entre os profissionais da saúde.

Sobre esse assunto, Furtado (2009) faz uma reflexão sobre a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade. O autor refere que a interdisciplinaridade está relacionada com a inter-relação de conceitos e teorias para a compreensão de determinados fenômenos da realidade. Já ao fazer referência ao termo interprofissionalidade, o autor afirma que este termo se refere ao trabalho concreto entre profissionais de diferentes disciplinas ou correntes epistemológicas na prática cotidiana dos serviços, no caso, de saúde.

Nesse sentido, Furtado (2009) aponta que a proposta do AM e das Equipes de Referência é uma forma de organização do trabalho nos serviços de saúde que permite uma atuação interprofissional. Contudo, o autor afirma que:

São muitas as determinações históricas que levaram à criação das diferentes disciplinas e atividades profissionais e a discussão da interdisciplinaridade e interprofissionalidade agrega valor somente na medida em que possibilitam aos profissionais compreenderem essas mesmas determinações históricas, autorizando-se a criar novos modos de vivência e convivência institucional, aumentando gradativamente seus gradientes de co-gestão. (FURTADO, 2009, p. 10)

Com respeito a esse assunto, Campos e Cunha (2011, p. 967) referem que os serviços de saúde tradicionalmente possuem:

[...] uma cultura organizacional com baixa capacidade para lidar com a incerteza, com a interdisciplinaridade inerente aos problemas complexos da área de saúde e que produz uma baixa vocação para o aprendizado fora do núcleo disciplinar. A exclusão da incerteza se dá de forma muitas vezes artificial, pela simples focalização e negação de variáveis. A percepção desse desejo de exclusão absoluta da incerteza, assim como dos interesses e disputas entre as profissões de saúde, a percepção dos investimentos e as identificações grupais, sentimentos gregários entre outras forças comuns, podem ajudar na transformação do modelo de gestão e de atenção. Apostar na transformação organizacional não significa desconhecer esses fatos nem negar a disputa e os conflitos presentes. Ao contrário, significa reconhecê-los e dar a eles visibilidade e espaço necessários para que possam ser trabalhados na roda.

Desta forma, a “roda” falada por Campos e Cunha (2011) refere-se há um método de trabalho proposto por Campos (2000), no qual estimula a criação de espaços coletivos para a co-gestão dos serviços de saúde, para o diálogo (FREIRE, 1996) e a problematização (FREIRE, 1996) do cotidiano vivenciado por eles nos serviços de saúde. Nesse sentido, Campos e Cunha (2011) e Furtado (2009), como também Figueiredo e Campos R (2009; 2008), apontam que os espaços destinados para reflexão cotidiana dos processos de trabalho nos serviços de saúde, como o método da roda proposto por Campos (2000), também são de extrema importância para a organização do AM. Já que esse espaço possibilita a reflexão e a construção de um espaço dialógico sobre os desafios enfrentados. É interessante destacar que uma das inspirações para a criação do Método da Roda (CAMPOS, 2000) foi a roda que as escolas construtivistas propõem no início do turno de trabalho da escola com os estudantes.

5.2.3 A gestão e suas orientações para o Apoio Matricial em Saúde Mental

Outra categoria temática que apareceu, a partir da construção de sentidos sobre AM em SM pelos apoiadores matriciais durante o grupo focal G1, referiu-se as orientações da gestão para o AM em SM. No roteiro para a realização dos grupos focais e das entrevistas havia uma pergunta que estava direcionada para essa questão. No grupo focal G1, essa pergunta foi realizada na página 24 da transcrição. Contudo, antes dessa pergunta (nas páginas 4 e 6 da transcrição), os profissionais já faziam referência a esse assunto.

Assim, no início do grupo focal uma das apoiadoras afirma que:

O apoio matricial não é uma atividade formalizada dentro dos postos, não existe isso. Existem alguns profissionais que se interessaram a se utilizar dessa ferramenta, porque acha importante no fazer dele e eles participam espontaneamente. (Quadro temático G1, p. 14/ G1.P2.RQ1E.P2-Pg.4, Lin.22-24).

Logo depois, uma apoiadora de outra Regional também aborda o tema:

[...] se não tiver direcionado nem da atenção básica, até em termos de diretriz de gestão da atenção básica, a gente vê que a coisa não vai dar só com a gente lá tentando. (Quadro temático G1, p. 14/ G1.P4.C(G1.P2.RQ1) Pg.6, lin.34-36).

Essas duas unidades de análise foram retiradas de momentos do grupo focal nos quais as profissionais falavam sobre as dificuldades que enfrentavam para realizar o AM em SM nas suas respectivas regionais. Com isso, podemos perceber que não há um posicionamento claro da gestão, pelo menos da Atenção Básica, sobre o AM em SM nos CSF.

Portanto, parece que o AM acontece somente quando têm profissionais da ESF que querem que ele aconteça por perceberem sua importância. Tal fato também foi apontado pelos profissionais da ESF que participaram do grupo focal G2. Assim, esses dados da pesquisa parecem indicar que o AM em Fortaleza, não é assumido como uma estratégia ampla de gestão da SMS para ampliação da clínica dos profissionais, conforme sugere Campos (2003). Contudo, nas Regionais dos CSF Emylio e do CSF Áurea, o AM parece ser incentivado a nível regional, sem, no entanto, ser assumido como obrigatoriedade no fazer das equipes da ESF.

Segundo Oliveira (2008, p. 267) o AM demanda:

[...] uma série de condições de organização do serviço e do processo de trabalho, de agenda, de fluxos e de disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, para se tornar possível. Uma equipe que não se reúne, que não se encontra, dificilmente conseguirá operar o apoio matricial. Nesses casos, a implementação do Apoio Matricial deve vir estrategicamente acompanhada de dispositivos e arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe.

Assim, os quatro apoiadores matriciais que participaram desse grupo focal parecem apontar para a necessidade de estratégias de gestão que favoreçam a participação dos profissionais da ESF no AM em SM. Contudo, Oliveira (2008) aponta também a necessidade de disponibilidades pessoais e institucionais.

Diante disso, uma das apoiadoras afirma:

[...] eu sinto que falta um direcionamento da própria Secretaria de Saúde como um todo, com relação ao matriciamento. Eu acho que nós fazemos o matriciamento, acho que vai muito de profissional para profissional, dependemos da disponibilidade de cada profissional, não tem um direcionamento da gestão pro matriciamento. A não ser quando eles querem reunir todo mundo, fazer uma coisa pontual e tudo, mas esse direcionamento inclusive da própria atenção básica junto com a saúde mental, os dois juntos, acho que não tem essa discussão. Acho isso muito precário e isso é fundamental. Então acontece, porque tem cinco ou seis pessoas que estão querendo que aconteça. (Quadro temático G1, p. 14/ G1.P4.RQ10-Pg.26, lin.36-44).

Entretanto, desde 2003, há publicações do MS que incentivam o AM como uma estratégia para inclusão das ações de SM na APS (BRASIL, 2003; 2004). Assim, parece haver um incentivo institucional mais forte na SM para que os profissionais dos CAPS realizem AM em SM para a ESF. Contudo uma profissional considera que:

No meu entendimento, teria que ter o papel da gestão de pontuar essas questões e não apenas nós, que trabalhamos na saúde mental, estarmos forçando para que aconteça. (Quadro temático G1, p. 14/ G1.P4.RQ10-Pg.27, lin.44-46).

Parece que é uma demanda nossa de que esse grupo não chegue esbarrotando a nossa unidade. Não é isso. É longe disso, é alterar a lógica né? De trabalhar na comunidade questões que são vivenciadas e que trazem sofrimento psíquico a partir do *locos* mesmo: onde ele mora, as condições em que ele se encontra, de resgatar a cidadania, a autonomia e tudo mais. Então, se a gente não tiver esse papel de sair das nossas unidades, está encapsulada mesmo, a gente não vai alterar essa lógica não. (Quadro temático G1, p. 14/ G1.P1.C(G1.P4.RQ10)-Pg.27, lin.48-50/Pg. 28, lin.1-4).

Desta forma, os apoiadores matriciais em SM pontuam a importância de haver um posicionamento mais claro da gestão da SMS no que se refere à realização do AM em SM na ESF, mais especificamente no que se refere ao incentivo à participação dos profissionais da ESF. Sobre esse assunto, os apoiadores afirmam como percebem o entendimento da gestão:

Eu acho fundamental esse direcionamento, essas diretrizes como princípio do próprio matriciamento, mas eu não vejo. Eu acho que, às vezes, o pessoal nem considera isso importante pra própria rede, pra própria reforma psiquiátrica. Não vejo esse entendimento dessa maneira. (Quadro temático G1, p. 14/ G1.P4.RQ10-Pg.27, lin.9-12).

Eu concordo com o que a P4 tá falando, porque assim, há uma queixa que o matriciamento aqui na Regional não se dá a contempo. Mas eu vejo que seria uma condição *sine qua non* para a própria secretaria estar colocando como um pressuposto a articulação institucional entre essas duas instâncias né? (Quadro temático G1, p. 15/G1.P2.C(G1.P4.RQ10)-Pg.27, lin.14-17)

Finalmente, para concluir essa categoria temática, trago a percepção de uma das apoiadoras matriciais sobre o seu papel no AM em SM em Fortaleza. Esta considera que é um trabalho de formiguinha e que, às vezes, ela se questiona se vale à pena:

Eu já refleti várias vezes comigo mesma nesse papel, que é um papel de formiguinha né? [...] Um trabalho de formiguinha. Se valia a pena a gente ir de baixo pra cima ou se a gente tinha que aguardar realmente vir de cima para baixo mesmo, esses direcionamentos, essas diretrizes ou se vale a pena nós, como trabalhadores, estar forçando, estar indo construir isso, pra realmente a gente alcançar. É uma coisinha ou outra que eu não sei até que ponto a gente não sabe se vai ter essa repercussão, esse resultado. (Quadro temático G1, p. 15/ G1.P4.RQ10-Pg.28, lin. 6-16).

Sendo assim, a fala dessa apoiadora matricial parece que aponta o cansaço de uma formiguinha, que encontra resistência para realizar o AM em SM no CAPS, nos CSF e não tem um apoio claro da gestão da SMS, de forma unificada da Atenção Básica e da SM, sobre a realização dessa atividade. Desta forma, o AM em SM em Fortaleza parece ser uma responsabilidade apenas dos profissionais da SM e da ESF, a partir do entendimento que possuem sobre a importância dessa atividade para melhorar a assistência à população.

Na minha compreensão, quando o AM foi criado por Campos (2003), ele surge como uma estratégia de gestão para a ampliação da clínica dos profissionais e para ampliar a integralidade da rede de saúde. Não foi criado apenas como uma ferramenta ou como uma técnica a ser aplicada para facilitar a realização do trabalho interprofissional. Sem desmerecer a potência desse arranjo como técnica, pois pessoalmente acredito na sua eficiência como tal. Entretanto, a negligência desse arranjo como estratégia mais ampla, de gestão, também dificulta a sua implementação. A gestão, se deseja que o AM se efetive, precisa ter a responsabilidade para garantir o seu funcionamento, seja por meio materiais (garantia de transporte, infraestrutura dos CSF, profissionais contratados sabendo que precisam exercer essa função etc), seja por meio do estímulo à organização desse processo de trabalho.

Entretanto, não se deve desconsiderar que a rede de saúde de Fortaleza ainda é carente em muitos aspectos, como a cobertura da ESF, que atualmente ainda é muito pequena, 36% (segundo a Assessoria de Planejamento da SMS). Com isso, os gestores precisam definir prioridades para investimentos e talvez, neste momento, outras questões sejam mais prioritárias que o AM em SM na ESF na cidade.

Desta forma, a baixa cobertura da ESF também gera uma sobrecarga de trabalho dos profissionais da ESF em Fortaleza, conforme apontaram a coordenadora do CSF Áurea e os profissionais do grupo focal G2. Portanto, uma imposição da gestão para a realização do AM em SM pelos profissionais dos CSF, apenas pela compreensão da sua importância ou para seguir os direcionamentos do MS, desconsideraria principalmente o obstáculo estrutural (CAMPOS, CUNHA, 2011) da pequena cobertura da ESF em Fortaleza e poderia gerar um desgaste ainda maior desses profissionais. Então, a partir da construção de sentidos dos

apoiadores matriciais, parece que, o AM em SM nos CSF pesquisados, por enquanto, é um importante “trabalho de formiguinha”.

5.2.4 Resultados do Apoio Matricial em Saúde Mental para os Apoiadores

Essa categoria temática traz os sentidos construídos pelos apoiadores em relação aos resultados que eles percebem no AM em SM nos três CSF pesquisados. Desta forma, houve uma pergunta neste grupo focal direcionada para isso. Contudo, nesta categoria temática, também serão incluídas algumas unidades de análise nas quais os profissionais fazem referência aos resultados no AM em SM de forma espontânea, sem ser como resposta à pergunta feita sobre esse tema.

Sendo assim, várias falas dos apoiadores matriciais apontam para uma relação entre resolutividade do AM em SM e processos de educação formais desenvolvidos nos CSF, tais como:

Esse espaço de formação, eu acho que também ajuda a uma boa concretização, assim, a uma efetividade e resolutividade do apoio matricial. (Quadro temático G1, p. 16/ G1.P1.RQ3-Pg.10, lin.23-28).

[...] a preceptora é a médica que fez a Babel e que tem essa visão diferente do usuário que ela trata. Então, ela viabiliza tudo, os estudantes que vão pra conhecer o posto e estão no matriciamento, eles participam também. Os estudantes que estão fazendo residência são envolvidos e responsabilizados pelo encaminhamento, pelo desdobramento daquele matriciamento. Então, isso me dá muita esperança e toda vez que tem matriciamento lá eu já vou empolgada. (Quadro temático G1, p. 16/G1.P2.RQ3-Pg. 12, lin. 14-20).

Os dois preceptores que estão lá e que participam também do matriciamento junto com os médicos, fizeram o curso da BABEL também. Lá tinha equipe multi também, acho que foi o grande pontapé inicial que até qualificou o matriciamento lá na discussão e capacitações com os médicos. Então, acho que isso foi uma coisa muito forte, que por isso caminhou e caminhou legal. (Quadro temático G1, p. 16/ G1.P4.RQ3-Pg. 9, lin. 43-47).

Diante disso, podemos perceber que para os apoiadores matriciais os espaços de formação de ensino em serviço nos CSF contribuem para organizar e qualificar o AM em SM. Alguns gestores e profissionais da ESF também perceberam uma correlação semelhante.

Nessa perspectiva, uma das possibilidades que pode justificar essa correlação, é que esses processos de educação possibilitam para os profissionais uma maior reflexão sobre

o processo de trabalho, na medida em que os conteúdos não são apartados da realidade de trabalho e possuem uma relação direta com esta. Assim, a sala de aula é também o CSF e a comunidade. Os professores, preceptores, também estão em serviço e também vivenciam com os estudantes a complexidade da atuação na APS. Portanto, nesses processos formativos teoria e prática caminham lado a lado e isso parece fazer uma grande diferença na atuação dos profissionais que participam do AM em SM nos CSF neste estudo.

De acordo com Freire (1983), todo conteúdo curricular deveria ser pensado a partir da realidade concreta de quem aprende e de quem ensina, pois o conhecimento exige a presença ativa e curiosa do sujeito no mundo. Assim, para o autor a ação transformadora do sujeito sobre a realidade implica uma recriação e inovação dos conteúdos curriculares aprendidos na escola. Nessa perspectiva, os processos educativos direcionados para a formação dos profissionais na APS desenvolvidos nos CSF estudados contribuem para a reconstrução do conhecimento das profissões da saúde para a sua atuação nesse contexto.

Continuando a falar sobre os resultados apontados pelos apoiadores para o AM em SM, a profissional que apóia o CSF Elívia afirma:

Eu faço essa reflexão no sentido dos casos que a gente está acolhendo na atenção básica e acaba ficando por lá, e que a gente tá evitando que vá sobrecarregar o serviço especializado. Mas eu acho que é uma quantidade grande e que muitos casos a gente já tem prontuário, e que estavam sumidos, tem que voltar a acompanhar e a gente consegue resgatar a partir do vínculo que ele já tem com a atenção básica. Então, eu vejo como ponto muito positivo nesse sentido. Coloquei até a questão de que se a gente não tiver esse trabalho pra poder implementar a reforma psiquiátrica, a gente não vai conseguir. Se a gente não tiver esse link com a atenção básica, justamente por conta disso, essa demanda que tá além do serviço especializado, que só chega à atenção básica e que a gente pode dar esse suporte pra que não chegue lá. (Quadro temático G1, p. 16/ G1.P4.RQ7-Pg. 19, lin.23-33).

Portanto, a profissional refere que o AM em SM pode diminuir a sobrecarga do serviço especializado, no caso o CAPS, e que pode também ajudar a atuar em alguns casos mais leves para evitar que eles se agravem. Além disso, a apoiadora destaca a importância do vínculo que os profissionais do CSF Elívia possuem com alguns usuários que já tinham prontuário no CAPS, mas que por algum motivo estavam afastados do serviço de SM. Assim, a vinculação desses usuários com os profissionais da ESF contribui para que eles possam ser atendidos também pelos profissionais da SM. Com isso, pode ser percebido que a ESF também apóia o CAPS.

Após essa última colocação da profissional P4, eu fiz a seguinte pergunta: “Tu acha que ele consegue dar esse suporte?”. E ela afirmou:

Sim. Mas esse caso específico que eu falo é do *CSF ELÍVIA*. Se for comparar com os 12 outros postos, realmente não tem esse acompanhamento, não tem esse olhar da saúde mental. Geralmente tem o encaminhamentozinho Ao CAPS, ou chorou, falou do sofrimento, não tem nada objetivo o exame e tudo, já encaminham pra saúde mental sem essa escuta mais qualificada. Mas os postos que têm, eu vejo muito positivo esse acolhimento. Até as discussões que a gente tem no matriciamento acho muito mais ricas, no sentido de estarmos mais próximos da realidade daquele usuário, pensando um projeto terapêutico singular que ele realmente vá ta aderindo, que ele vai ter um retorno para ele mesmo mais fácil na atenção básica, do que no próprio serviço especializado. (Quadro temático G1, p. 17/G1.P4.RQ7E.P4-Pg. 19, lin.37-46).

Assim, mais uma vez, a profissional afirma que percebe a resolutividade do AM em SM apenas no CSF Elívia, no qual há a organização dessa atividade facilitada, atualmente, pela Residência Médica, mas que antes, contou com a colaboração da Residência Multiprofissional.

Desta forma, a profissional afirma que, no CSF no qual o AM em SM está bem estruturado, ela identifica que chegam menos usuários do território do CSF ao CAPS, pois percebe que esses usuários já são atendidos no próprio posto de saúde.

No atendimento de primeira vez, a gente identifica que não chegam casos mais graves desse posto. Nem casos leves. Quando a gente vai para o atendimento de primeira vez e que a gente vai ver quais são os postos de referência, não tem de jeito nenhum no *CSF ELÍVIA*. Aparece, assim, raramente alguém do *CSF ELÍVIA*. Quando aparece, a gente já sabe que pode estar encaminhando, que pode estar dando esse retorno, porque a gente já conhece. Acho isso muito bacana. Quer dizer que eles estão indo pro posto e estão sendo acolhidos lá. (Quadro temático G1, p. 17/G1.P4.RQ7-Pg. 21, lin.28-35).

Quando foi pedido para que os apoiadores relatassem algum caso que acompanharam no AM em SM e que consideravam que teve um bom resultado, a profissional P4 lembrou logo de um e contou para o grupo:

Eu lembro de uma que tinha prontuário na saúde mental e que ela tava ausente do serviço, a família toda não tinha esse entendimento do que era o CAPS, nem o que era a saúde mental. Não tinha esse compromisso com a medicação, porque não entendia muito esse processo e aí o agente de saúde que morava próximo à casa dela foi que levou o caso ao posto de saúde. Ela é paciente psicótica grave, que estava grávida, morava em casa com três crianças e o marido saía pra trabalhar e ela cuidava dessas crianças. O agente comunitário que tava dando esse suporte, com a vizinha, de estar acolhendo. Ela se negava a ir ao CAPS, não queria ir de jeito nenhum e aí foi através do matriciamento e desse vínculo com o agente de saúde que a gente começou a fazer a medicação orientada pelo pessoal da atenção básica. Inclusive, o médico da atenção básica que ia lá prescrever, que criou um vínculo com ela. Depois a gente fez o vínculo com a vizinhança, que cuidava das crianças. Porque ela começou também a dormir demais e tinha bebê e tal. A vizinha passou a cuidar desse bebê, o marido começou a participar de grupos no posto de saúde. As crianças foram inseridas também num grupo que o médico da atenção básica fazia só pra crianças. Acho que foi um caso bem bacana. (Quadro temático G1, p. 17/G1.P4.RQ8.P4-Pg. 20, lin. 15-30).

Já a apoiadora matricial que atua na Regional do CSF Áurea, que é uma Regional que possui mais obstáculos estruturais (Campos, Cunha, 2011) para realização do AM, ao falar sobre a resolutividade do AM em SM afirmou que:

Inicialmente, a gente percebe um menor retorno dos pacientes que a gente está encaminhando para algumas unidades básicas de saúde, especificamente. Também, em contrapartida a isso, menor retorno do paciente que a gente está encaminhando e também um menor encaminhamento da atenção básica pro CAPS, de algumas unidades de saúde né? A gente tem uma unidade que foi até necessário entrar em contato com o colegiado, pra que eles enviassem um ofício para a unidade falando sobre a proposta, que até hoje eles não recebem paciente. Atualmente, tem um médico nessa unidade, que é professor de uma universidade, acompanha um estágio lá e é ele que está recebendo, mas também nem todos conseguem chegar até ele. Porque não é todo dia que ele está lá. O paciente que chega no dia em que ele não está e cai na mão desses três médicos, retorna. O ponto positivo é esse né? Menor retorno do que vai e menos encaminhamento também pra saúde mental. Porque a rede a gente sabe que praticamente não existe, né? (Quadro temático G1, p. 17/ G1.P3.RQ7-Pg. 21, lin. 6-17).

Como visto, a profissional aponta que percebe uma diminuição nos encaminhamentos da APS para o CAPS, mostrando que possivelmente está havendo um maior critério dos profissionais da APS para realizar esses encaminhamentos. Ou seja, nesta SER apesar dos obstáculos estruturais (Campos, Cunha, 2011) para realização do AM em SM, este tem contribuído para clarear o fluxo de encaminhamento de usuários da APS para os CAPS.

Outro aspecto abordado pela profissional refere-se aos encaminhamentos de usuários que não possuem transtorno mental grave e que eram atendidos no CAPS para os CSF. Assim, a apoiadora aponta uma resistência dos médicos de uma unidade da SER para acompanhar esses pacientes e afirma que quem acaba atendendo esses pacientes é um professor de uma universidade que acompanha estudantes de medicina no posto. Essa situação traz certa semelhança com a do CSF Áurea, contudo na fala da profissional ela não especifica se é esse CSF ou outro.

Desta forma, a profissional P3 aponta algumas condições que ela acha importantes para a resolutividade do AM em SM:

Eu vejo assim, pra que tudo dê certo, acho que existem alguns fatores que são fundamentais. Inicialmente, que a atenção básica, que o posto nos acolha bem. Que a equipe da saúde mental seja bem acolhida na atenção básica. Que esse centro de saúde tenha em seu território equipamentos que favoreçam os encaminhamentos e que também tenha uma boa equipe do NASF. (Quadro temático G1, p. 17/ G1.P3.RQ7-Pg.21, lin.37-41).

Sendo assim, a apoiadora aponta alguns fatores que dificilmente são encontrados na sua Regional, pelas complexidades da pouca cobertura de serviços de saúde já abordadas

na dimensão de organização e funcionamento do AM em SM. Consequentemente, ao ser questionada se conseguia lembrar de algum caso em que houve uma boa resolutividade no AM em SM, a profissional respondeu: “Agora eu não tô me lembrando, Íris. Vou tentar lembrar no decorrer, daqui pro final eu falo.” (Quadro temático G1, p. 18/ G1.P3.RQ8.P3-Pg. 21, lin.45-46). Contudo, a profissional não retornou a esse assunto no restante grupo focal.

Tal fato parece apontar mais uma vez para a diversidade da realidade dos serviços de saúde em Fortaleza, demonstrando, novamente, a necessidade de compreender um contexto mais amplo para esclarecer os motivos das dificuldades de organização do AM em SM.

Já uma das apoiadoras do CSF Emylio, quando perguntada sobre como percebia a resolutividade no AM em SM, trouxe logo um caso:

A médica, na introdução, quando ela falou do caso da paciente, ela disse que devido à falta de médicos no CAPS, ela estava assumindo o caso da paciente. Aí a gente fez o atendimento conjunto, depois a paciente saiu, a gente ficou discutindo o caso e fazendo o encaminhamento. [...] Era um caso grave. E ela assumiu, mas teve suporte da equipe (*de AM em SM*), porque ela tava vendo que a paciente não estava melhorando devido mesmo a essa questão funcional do CAPS. A paciente estava sem ser vista pelos médicos há muitos meses, porque o médico saiu e não tinha sido substituído. E mudanças de médicos constantes, ela viu que isso acabou colaborando pra agravar o caso da paciente que também, [...] Quando a atenção básica vai pedir pra ficar com o paciente, que é do CAPS. E a gente também autorizar. A gente aceitou a condição devido ao contexto, a paciente realmente tava precisando ser vista com mais frequência. A médica foi bem... tinha um sentido, uma consistência em ficar com a paciente, porque ela teve a oportunidade de ver mais vezes, ela já tinha um vínculo muito forte. Ela achava que acompanhando mais de perto, não só através das consultas com ela, mas a visita da agente de saúde, dos outros profissionais que assistem a área, ela teria mais condição de estar dando uma resposta mais efetiva. A gente aceitou a proposta e topou com ela discutir o projeto terapêutico, encaminhou os atendimentos e tudo mais. (Quadro temático G1, p. 18/G1.P2.RQ8-Pg. 22, lin. 5-8/ 13-20/26-35).

Aqui, mais uma vez, percebemos que o CAPS também é apoiado pela ESF e que a atuação conjunta pode trazer vários benefícios para o usuário, como neste caso. A possibilidade do acompanhamento compartilhado entre profissionais da ESF e do CAPS permitiu que, na dificuldade de médico do CAPS, a médica de família percebesse a necessidade de criar uma nova estratégia para ajudar a usuária e contou com os apoiadores matriciais para isso.

Desta forma, as falas das apoiadoras dos CSF Emylio e do CSF Áurea demonstram as ricas possibilidades que o AM em SM pode trazer a partir das trocas de experiências e do compartilhamento de saberes entre os profissionais. Assim, o AM em SM possibilita um espaço de trabalho que facilita o processo de ensino-aprendizagem dos

profissionais da SM e da ESF para uma atuação mais qualificada e resolutiva na APS. Segundo Campos R *et al.* (2011) o AM, quando corretamente implantado, tem potencial para a inclusão da atenção em SM na APS, contribuindo para a definição do fluxo de encaminhamentos para os serviços especializados de SM e para a qualificação das equipes a partir da atuação compartilhada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa é uma aproximação a um tema recente, que requer novas investigações e um debate maior entre aqueles que estão envolvidos com o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. Neste estudo, buscou-se dar um passo na compreensão do Apoio Matricial em Saúde Mental na rede de saúde de Fortaleza, que revela uma determinada inserção na realidade sanitária produzida por sujeitos que, obviamente, também estão submetidos a um conjunto de determinações histórico-sociais que favorecem e desfavorecem o fortalecimento das ações de saúde em Fortaleza e em todo o Brasil.

O interesse neste estudo surgiu a partir da minha experiência como trabalhadora da rede de saúde de Fortaleza. A sua realização possibilitou-me olhar para a realidade do Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF por meio de uma nova perspectiva, a de um olhar como pesquisadora. Tal olhar exigiu um afastamento do campo para possibilitar certo estranhamento dessa realidade e um estudo mais aprofundado das teorias que contribuíram para a compreensão do objeto desta pesquisa.

A relação dialética de aproximação e de afastamento com o campo permeou todo o processo da pesquisa. Uma das principais dificuldades que encontrei para a realização deste trabalho foram as informações dispersas sobre a realização do Apoio Matricial em SM nos CSF em cada Regional estudada, pois não havia uma pessoa única que concentrasse todas essas informações. Isso exigiu o contato com vários profissionais e gestores, que muitas vezes traziam informações contraditórias sobre a realização do Apoio Matricial em um mesmo CSF. Nestas situações, já ter feito parte da rede e conhecer vários profissionais e gestores facilitava a construção dos dados, mas a complexidade dessa construção era evidente.

Outro desafio para a execução da pesquisa foi a realização dos grupos focais com profissionais de serviços e regionais diferentes, principalmente no que se referiu à marcação do dia e horário para a realização dos grupos. Contudo, o esforço dedicado parecia ser reconhecido pelos profissionais e pelos gestores, que, na maior parte, estiveram sempre disponíveis para contribuir com este estudo.

A clareza dos desafios enfrentados na pesquisa, por já ter certa inserção no campo, trazia alegria e conforto ao perceber a finalização de cada passo e a necessidade de iniciar o passo seguinte. Contudo, o processo de construção deste estudo não foi linear e em vários

momentos, retornar a um passo anterior foi necessário para compreender melhor o objeto da pesquisa.

O objetivo geral deste trabalho foi compreender o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família a partir do seu funcionamento e dos sentidos construídos sobre esse Apoio por apoiadores matriciais, profissionais e coordenadores de Centros de Saúde da Família (CSF).

Em relação aos objetivos específicos desse estudo, no primeiro objetivo foi dada ênfase a compreensão da organização e do funcionamento do Apoio Matricial em Saúde Mental em três Centros de Saúde da Família de diferentes Regionais. Os resultados apontaram, nos CSF estudados, que os processos de educação permanente, que trazem uma estreita relação entre ensino e serviço na APS, estimulam as ações de SM nesse contexto e, por conseguinte, o AM em SM.

Entretanto, os apoiadores matriciais afirmaram que os postos nos quais o Apoio Matricial é melhor estruturado são exceções nas Regionais estudadas. Portanto, o AM em SM como um trabalho realmente colaborativo que envolve profissionais da equipe da ESF e da SM nas três Regionais estudadas ainda não pode ser visto como uma realidade consolidada. Mesmo dentro dos dois CSF, em que o Apoio é mais frequente (semanal ou mensal), ele não envolve todo o CSF, mas apenas as equipes ligadas a Residência Médica. Os preceptores dessa residência estavam diretamente envolvidos na organização do AM e apoiadores matriciais e coordenadores de CSF afirmaram que isso parecia ser determinante numa melhor resolutividade do AM em dois dos três postos estudados.

Portanto, tal fato parece demonstrar que a Residência de Medicina de Família e Comunidade contribui para que os profissionais nela formados atuem numa perspectiva diferente da estimulada pelo Ato Médico.

Desta forma, os processos estruturados de educação permanente na APS, em especial as Residências Médica e Multiprofissional, contribuem para a organização e maior qualidade do AM em SM em dois CSF estudados. Bem como, parecem facilitar o trabalho em equipe e o reconhecimento da importância da atuação de diferentes profissionais no trabalho em saúde. Tal fato parece corroborar a ideia de Barreto *et al.* (2006), na qual Educação Permanente auxilia em transformações qualitativas no processo de trabalho em saúde.

A construção dos dados, deste estudo, aponta para a importância da ampliação das Redes Assistenciais de SM e da APS em Fortaleza. Pois, a cobertura da ESF e de CAPS, apesar do avanço a partir de 2005, ainda está bem aquém da necessidade da população da cidade e verificou-se uma pequena diminuição da cobertura da ESF nos últimos anos. Segundo Campos *et al.* (2008) a cobertura dos serviços de APS e da ESF em grandes centros urbanos é um problema nacional que precisa ser encarado com a devida complexidade pelo MS.

Constatou-se uma maior dificuldade na realização do AM em SM na Regional estudada com maior densidade populacional. Já que, nessa SER, havia um número bem maior de CSF que nas outras duas Regionais. Entretanto, havia a mesma quantidade de CAPS e de equipes de AM em SM. Assim, a cobertura de CAPS nesta SER é de 0,43. Tal cobertura é considerada pelo MS como sendo uma cobertura regular ou baixa e contrasta muito com a cobertura de outra SER da cidade, não incluída neste estudo, que é de 0,82 (cobertura considerada muito boa pelo MS).

Assim, apesar de uma aparente homogeneidade da distribuição de CAPS para a população adulta da cidade, dois por Regional, um olhar mais atento para isso, revela na realidade uma heterogeneidade significativa na cobertura de CAPS por SER.

Os desafios estruturais de uma cobertura insuficiente de CAPS e da ESF na SER com maior população estudada, parece estar diretamente relacionada com a construção do sentido do AM em SM para a coordenadora de um CSF pesquisado. Em alguns momentos da entrevista, o sentido utilizado pela coordenadora é diferente do significado do conceito proposto por Campos (1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007), já que a coordenadora afirma que o AM em SM acontece, mas aponta que falta integração entre os profissionais e disponibilidade para o trabalho em equipe.

Desta forma, identificou-se que neste CSF acontece um atendimento especializado em SM na APS por um profissional de medicina com alunos da graduação em medicina, sem um envolvimento direto das equipes da ESF. Com isso, a diferença entre o sentido que a coordenadora utiliza para o AM em SM e o conceito de Campos (1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007) está que, para o último, o AM pressupõe o trabalho em equipe, o que parecia não acontecer na realidade desse CSF.

Já o segundo objetivo deste estudo enfatizou a análise dos sentidos construídos sobre o AM em SM pelos profissionais de CAPS que atuam como apoiadores matriciais em

CSF e pelos profissionais da ESF que o realizam. O entrelaçamento dos resultados sobre a organização e o funcionamento do Apoio Matricial em SM com a análise dos sentidos construídos pelos profissionais sobre esse Apoio, evidencia a complexidade envolvida nesta forma de organização do trabalho em saúde. Aponta, ainda, que a sua execução não está desarticulada de todo o processo de organização da SM e da APS. Não pode, assim, ser considerado uma simples técnica para facilitar o trabalho interprofissional, visto que a sua organização precisa está articulada a uma estratégia ampla de gestão.

Diante disso, uma série de desafios enfrentados nas redes assistenciais de APS e de SM, que influenciam na organização do apoio matricial, foi apontada pelos profissionais e gestores. Assim, dividirei esses desafios por rede assistencial, sabendo que alguns estarão presentes nas duas redes. Iniciarei com os desafios e obstáculos da rede assistencial de APS que apareceram nos CSF estudados: sobrecarga dos profissionais e baixa cobertura da ESF; falta de perfil profissional para o trabalho na ESF; pouca compreensão dos profissionais sobre SM e sobre o AM em SM; não cumprimento da carga horária de trabalho pelos médicos; pouca disponibilidade dos profissionais para o trabalho em equipe; estrutura inadequada do CSF; falta de uma diretriz de gestão conjunta, das duas redes assistenciais, que facilite e organize o trabalho do AM em SM como um arranjo institucional para ampliação da clínica realizada pelos profissionais; necessidade de maior investimento da gestão para que as coordenações de CSF tenham mais tempo para gerar processos de trabalho (CAMPOS, 2003) e não apenas gerir; dificuldades na organização e execução do processo de trabalho dos NASF para apoiar as equipes da ESF; necessidade de investimento em qualificação para os profissionais que atuam no NASF.

Já os desafios apresentados na rede assistencial de SM foram: sobrecarga de trabalho dos profissionais no CAPS; necessidade de mais investimentos na ampliação do número de serviços de saúde mental voltados para a Atenção Psicossocial; rotatividade de profissionais no CAPS; carência de profissionais de psiquiatria nos CAPS; incompreensão e/ou resistência dos profissionais de CAPS que não realizam o AM em SM, sobre essa forma de organizar o trabalho em saúde; pouca cobertura no que se refere às ações de prevenção e promoção em Saúde Mental na cidade.

É importante destacar que muitos dos desafios apontados nos dois parágrafos anteriores não estão circunscritos à realidade da cidade de Fortaleza, fazem parte de desafios mais amplos do SUS de uma forma geral, principalmente, em grandes centros urbanos. Pesquisas recentes, que estudam a articulação entre serviços de SM e APS, em grandes

idades do Sudeste (CAMPOS, R. *et al.*, 2012; 2011; DELFINI; REIS, 2012) também indicam desafios semelhantes. Tal fato parece referendar a afirmação de Campos e Cunha (2011) que apontam que a integração entre as redes assistenciais do SUS ainda está “aquém do que seria necessário para que se pudesse chamá-lo de ‘sistema de saúde’” (CAMPOS, CUNHA, 2011, p. 962).

Dentre os desafios que guardam certa semelhança com a realidade de Fortaleza nos estudos apontados (CAMPOS, R. *et al.*, 2011; 2012; DELFINI; REIS, 2012) destaco alguns, tais como: a necessidade de uma política de recursos humanos para o SUS, pois atualmente há uma grande tendência para a contratação de profissionais terceirizados por empresas parceiras para os serviços de saúde, o que parece ampliar a rotatividade dos profissionais; dificuldade de organização dos encontros de AM em SM por parte da gestão; insuficiência de profissionais e serviços de saúde; dificuldade de entendimento ou de disposição dos profissionais da APS para lidar com a SM; sentimento de sobrecarga dos trabalhadores.

Sendo assim, a compreensão da organização do AM em SM nos três CSF pesquisados revela faces ou espectros da realidade e dos desafios da organização e da integração entre as redes de APS e SM no SUS, principalmente em grandes cidades. Contudo, mesmo com todos os obstáculos apontados para a realização do AM em SM na APS, apoiadores matriciais, profissionais da ESF e gestores dos CSF reconhecem e afirmam a importância do AM em SM para a melhoria da integralidade da atenção.

Diante disso, é interessante perceber a polissemia dos sentidos construídos sobre o AM em SM na ESF pelos profissionais que o realizam, bem como compreender a complexidade dessa forma de organização do trabalho em saúde a partir da construção desses sentidos dos profissionais.

Portanto, a partir da realidade vivenciada pelos profissionais na realização do AM em SM nos CSF, estes profissionais reconstróem o significado do conceito do AM proposto por Campos (1999, CAMPOS, DOMITTI, 2007). Assim, acrescentam a este significado original, um significado pessoal, ligado a sua compreensão da realidade, ao seu cotidiano, aos seus motivos pessoais e afetivos relacionados com o AM em SM. Desse modo, na construção dos dados desta pesquisa o sentido do AM em SM para os profissionais apresenta-se como múltiplo, polissêmico, e, por vezes, contraditório. Revela, em parte, aspectos relacionados à

realidade social dos profissionais no cotidiano dos serviços de saúde, mas revela também aspectos pessoais, afetivos, subjetivos desses profissionais.

De acordo com Freire (1980), há uma relação entre a palavra e o ser que a menciona. O autor afirma que existem palavras que são carregadas de sentidos existenciais, que estão relacionadas com a realidade social e subjetiva dos sujeitos. Portanto, a interação dialógica dos apoiadores matriciais entre si e comigo, como facilitadora, durante o grupo focal, possibilitou a construção de alguns sentidos sobre o AM em SM que foram organizados em categorias.

Desta forma, trarei de forma breve apenas alguns sentidos sobre o AM em SM que os profissionais trouxeram nessas categorias. Além dos apoiadores falarem dos desafios do AM em SM nos CSF (já referidos anteriormente aqui nas considerações finais), os apoiadores apontaram a importância da realização do AM em SM para eles. Uma profissional compara o AM a ouro e afirma que ouro não boia, precisa ser garimpado. O ouro que o AM traz é apontado como sendo as informações sobre a rede de saúde e a experiência de atuação no trabalho interdisciplinar. Já outra apoiadora refere que o AM em SM é muito importante para a sua atuação no CAPS e afirma ser esta a atividade no CAPS que mais a gratifica.

Assim, o AM em SM foi apontado como um importante articulador da rede de saúde. Além disso, foi identificado ainda como uma oportunidade para ampliar também o olhar dos profissionais da SM, principalmente sobre a realidade social e familiar dos usuários atendidos nos CSF. Com isso, uma das apoiadoras afirma que o trabalho em conjunto com os profissionais da ESF, em especial com o ACS, ajuda na construção de uma proposta terapêutica para o usuário mais adequada à sua realidade. A contribuição do ACS parece auxiliar os profissionais de SM, que vêm de outra realidade social e cultural, a compreenderem o contexto social e cultural dos usuários. Neste prisma, uma apoiadora afirmou que o AM em SM traz mais resultados do que uma proposta terapêutica pensada no serviço especializado distante dessa realidade, pois, no CAPS, o usuário só chega quando já está com um processo de adoecimento mental mais grave.

Já outra profissional trouxe que, com o tempo, a apreensão inicial do trabalho como apoiadora, deu lugar a um sentimento de renovação ao realizar o AM em SM, pois ela foi percebendo a importância de o trabalho ser construído pelo grupo de profissionais como um todo e não apenas por ela. Então, a partir dessa percepção, ela foi conseguindo apoiar o

trabalho da ESF cada vez mais e afirma preferir realizar o AM em SM a estar na rotina desgastante do CAPS.

Nesta perspectiva, a fala das apoiadoras revela a importância do relacionamento e do vínculo afetivo entre os profissionais para a realização do trabalho conjunto no AM em SM, bem como para auxiliar na superação dos desafios encontrados no cotidiano desse trabalho. Assim, a realização do AM pode realmente estimular o diálogo com relações mais solidárias de trocas de conhecimento e afetivas entre os profissionais, contribuindo para quebrar alguns desafios epistemológicos tradicionais entre os profissionais da saúde.

Outra questão importante trazida pelas apoiadoras foi a necessidade de uma clara diretriz de gestão da SM juntamente com a Atenção Básica sobre o AM em SM na ESF. Os profissionais referem que esse direcionamento seria essencial para incentivar a participação dos profissionais da ESF. Nesta perspectiva, um sentido interessante apontado por uma apoiadora matricial foi que o AM em SM, da forma como ele acontece atualmente na Regional em que atua, é um trabalho de formiguinha e que, às vezes, ela se questiona se vale a pena. Pois, dos 12 CSF da SER que ela trabalha, apenas em dois ele acontece de forma mais estruturada.

Por outro lado, em uma grande cidade como Fortaleza são graves os problemas enfrentados pela falta de investimento historicamente acumulada na área da saúde e, talvez, possam existir outras prioridades de investimentos mais urgentes na área, o que também pode explicar a ausência de uma orientação única para a realização do AM em SM pelos profissionais de todos os CSF.

Ainda nessa dimensão dos sentidos dos apoiadores matriciais, eles referendaram que os espaços de formação de ensino em serviço nos CSF, mais especificamente as residências, contribuem para organizar e ampliar a resolutividade do AM em SM.

Assim, mesmo com os significativos desafios enfrentados para realização do AM em SM, até na SER na qual a sua realização é menos frequente, a apoiadora afirmou que o AM em SM contribuiu para a organização do fluxo de encaminhamento da APS para o CAPS.

Finalmente, a construção de sentidos dos profissionais da ESF, sobre o AM em SM, traz a marca da convivência desses profissionais com a população que vivencia a desigualdade social histórica presente na cidade de Fortaleza. É importante destacar que os profissionais da ESF, que participaram desse grupo focal, são profissionais que as

coordenadoras de CSF afirmaram ser extremamente comprometidos e dedicados ao trabalho. Ou seja, são profissionais que possuem perfil para atuar na ESF e que gostam desse trabalho.

Os profissionais reconhecem a importância das questões sociais no processo de saúde e doença. Portanto, percebe-se uma ampliação da clínica dos profissionais da ESF para as questões subjetivas e sociais a partir do trabalho no AM em SM. Contudo, os profissionais apontam a importância da necessidade de maiores investimentos em políticas públicas de qualidade para a superação das situações de sofrimento e violência vividas pelas pessoas que eles acompanham, pois eles, como profissionais de saúde, não têm como dar conta de todas as necessidades que eles identificam na população. Essas situações também causam sofrimento, adoecimento, irritação e sentimentos de impotência nos profissionais.

Nessa perspectiva, os profissionais referiram a necessidade de melhores condições para a realização do trabalho na ESF, pois se sentiam sobrecarregados e percebiam que essa realidade contribuía para o adoecimento deles. Destarte, a partir das suas construções de sentidos, os profissionais fizeram uma retrospectiva de como começaram empolgados com o trabalho da ESF em Fortaleza, passando, posteriormente, a realizar uma avaliação entre o que é possível ser concretizado no cotidiano da ESF hoje, diante do contexto de trabalho que vivenciavam. Portanto, ficava clara a incoerência entre a ESF das recomendações oficiais e as condições concretas de trabalho oferecidas pelo município.

Desta forma, os profissionais da ESF apontaram vários desafios estruturais e de ordem organizacional para a realização do AM em SM. Entretanto, ressaltaram também que este deve ser estimulado, pois traz benefícios para usuários e profissionais. Nesse sentido, referiram que o AM em SM enriquece o aprendizado e eles se sentem mais seguros e responsáveis para lidar com o usuário em sofrimento psíquico. Também reconhecem a importância dessa troca de conhecimentos para os profissionais da SM, pois estes passam a compreender melhor a realidade e a forma de atuação da ESF.

Os profissionais da ESF referiram que, para eles, o AM em SM é impulsionado pelos processos de educação permanente desenvolvidos pela Prefeitura, pelo compromisso e interesse dos profissionais envolvidos, bem como, pelo trabalho em equipe e pela gestão dos processos de trabalho, na qual destacam a importância da participação dos usuários.

Além disso, os profissionais da ESF confirmaram a importância dos processos formativos direcionados para a realidade de atuação na APS, nos quais há o enfoque da complexidade da relação entre teoria e prática nesse contexto. Isso pode apontar também que

a educação em serviço contribui para um processo de desvelamento e reconstrução da realidade, o que parece influenciar também num maior compromisso dos profissionais para a realização do trabalho na ESF.

Outra questão levantada pelos profissionais da ESF foi sobre as relações entre os profissionais que atuam na APS. Assim, referiram que, comparada com os outros níveis de atenção, a APS possui relações mais igualitárias e solidárias entre os profissionais. A boa relação entre os profissionais da equipe é apontada com um impulsionador para a realização de um bom trabalho na ESF, bem como para o enfrentamento das limitações do cotidiano do trabalho.

Ademais, os profissionais da ESF reafirmaram a importância da gestão oferecer melhores condições para o desenvolvimento do trabalho, mas também referem que os profissionais precisam fazer a sua parte, sem, no entanto, prescindir das condições necessárias para realizar o trabalho que precisa ser feito.

Já em relação ao terceiro objetivo desta pesquisa, o de contribuir com a implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza, os resultados deste trabalho podem gerar reflexões para os processos de educação permanente na APS, bem como para a gestão dos serviços envolvidos com essa temática.

As reflexões contidas neste trabalho também pretendem contribuir: com o desenvolvimento do conceito e da formulação prática do Apoio Matricial em Saúde Mental não só em Fortaleza, mas na APS de todo o país; com a discussão de questões relacionadas à precarização do trabalho na saúde; com a discussão sobre alguns desafios enfrentados na APS e na SM em grandes cidades brasileiras; com a reflexão sobre a importância da construção de sentidos de atores envolvidos no cotidiano do trabalho em saúde para a avaliação do trabalho, bem como para vislumbrar possibilidades de superação de alguns desafios desse cotidiano.

Destaco também a importância da necessidade de mais estudos que complementem os achados desta pesquisa. Assim, aponto alguns, como: os estudos que ajudem a compreender o AM em SM a partir da perspectiva dos gestores de Atenção Básica e de Saúde Mental de Fortaleza, das Regionais e da SMS; a elaboração de trabalhos científicos sobre estudos de casos acompanhados no AM em SM, trazendo também a perspectiva de usuários e familiares; estudos comparativos sobre o AM em SM em grandes cidades brasileiras; e estudos que enfoquem de forma mais específica o processo de construção da aprendizagem dos profissionais no AM em SM.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. D. C. (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BARRETO, A. *O SUS e a Terapia Comunitária*. Fortaleza: 2009.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 783- 836.

ANDRADE, L. O. M. et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. *SANARE: Revista de Políticas Públicas*, v. 5, n. 1, p. 9-20, 2004.

BARDAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A.. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). *Arq Ciênc Saúde*, v. 14, n.1, p.52-63, jan./mar. 2007. Disponível em: < http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID224.pdf>. Acesso em: jun. 2011.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, I.C.H.C. et al. Educação Permanente e a construção de sistemas municipais de saúde escola: o caso de Fortaleza – Ceará – Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 34, jun. 2006.

BASTOS, E.N.E. *Estratégias técnicas e políticas para manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde mental: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída?* 2009. 208f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. cienc. prof.* [online], v.28, n.3, p.632-645, set. 2008. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v28n3/v28n3a15.pdf>>. Acesso em: jun. 2012.

BLEICHER, L. *Saúde para todos, já!* Salvador: Étera, 2003.

BONFIM, I. G. *Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica: Uma Análise da Produção Científica e das Experiências*. 2009. Monografia (Especialização em Saúde da Família e Comunidade) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 10*, ano VII, n. 10. Informativo eletrônico. Brasília: mar. 2012. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. 1ª Ed. Brasília: Brasil, Ministério da saúde, 2009. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: jun. 2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: jul. 2012.

_____, Ministério da Saúde. *Portaria 154*, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2008b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf>. Acesso em: jun. 2011

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em
<http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>. Acesso em: dez. 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a, 60 pag.

_____, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 210 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_saude_familia.pdf>. Acesso em: jun. 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>. Acesso em: jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica: o Vínculo e o Diálogo Necessários*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: jun. 2011.

BÖING, E.; CREPALD, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.30, n.3, p.634-649, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n3/v30n3a14.pdf>>. Acesso em: jun. 2011

BOSI, M. L. M. *Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BOSI, M. L. M; MERCADO-MARTINEZ, F. J. . Introdução. In:_____(org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. 2ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. 2009. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/biblioteca/Plano_Municipal_de_Saude_Campinas_2010_2013.pdf>. Acesso em: Jun. 2012.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: mar. 2011.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p.863-870, out-dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em: jun. 2011.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc*, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: jun. 2012.

CAMPOS, G. W. S.; RATES, S. M. M. Segredos e Impasses na Gestão de um Hospital Público. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.18, n. 4, p. 279-283, 2008. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/68/34>>. Acesso em: mar. 2011.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online], v.23, n.2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: mar. 2011.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de saúde da Família. In: CAMPOS, G. W.S; GUERRERO, A. V. P (Org.). *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec, p. 121- 142, 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/21415116/Manual-das-Praticas-da-Atencao-Basica>>. Acesso em: mai. 2011.

CAMPOS, R.O. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*, v.46, n.1, p.43-50, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>>. Acesso em: maio 2012.

_____. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.12, p. 4643-4652, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf>>. Acesso em: fev. 2012.

CAMPOS, R.O; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W.S; GUERRERO, A. V. P (Org.). *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec, p. 210-236, 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/21415116/Manual-das-Praticas-da-Atencao-Basica>>. Acesso em: mai. 2011.

CARNEIRO, A. C. *et al.* Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador-BA. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Fortaleza, v.22, n.4, p. 264-271, out./dez., 2009. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo9_2009.4.pdf>. Acesso em: jun. 2011.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se Pensar a Mudança da Organização na Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 837-868.

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Fortaleza, v.24, n.2, p. 102-108, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40819262003>>. Acesso em: mai. 2012.

CHIAVERINI, D. H. (org.) et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=101002>>. Acesso em: jun. 2011.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 357-366, fev, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/14.pdf>>. Acesso em: mai. 2012.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saude soc.* [online], v.18, n.1, p. 63-74, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>>. Acesso em: fev. 2011.

FERREIRA NETO, J. L. *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], v.14, n.1, p. 129-138, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>>. Acesso em: fev. 2011.

_____. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: O Apoio Matricial na Construção de Uma Rede Multicêntrica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, jan./dez. 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/11747202/Saude-Em-Debatem75>>. Acesso em: fev. 2011.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2006-2009*. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2008.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2006: Saúde, Qualidade de Vida e Ética do Cuidado*. Fortaleza: SMS, 2007.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 30 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido*. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992

_____. *Extensão ou comunicação?* 7 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FURTADO, J. P. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1, n.1, jan-abr, 2009 (CD-ROM). Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/arranjos_institucionais_e_gestao_da_clinica_juarez_furtado.pdf>. Acesso em: agosto 2011.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 64 – 89.

GOIS, C. W. L. *Psicologia clínico-comunitária*. Fortaleza: Banco do Nordeste, 2012.

_____. *Saúde Comunitária: Pensar e Fazer*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

_____. *Psicologia Comunitária: Atividade e Consciência*. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

GOLDBERG, J. *A Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 1996.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, A. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 33 – 47.

HARADA, J.; FURTADO, L. A. C. Experiência exitosa da regionalização e da implantação da equipe matricial de apoio. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, maio 2009.

KINOSHITA, R. T. Em Busca da Cidadania. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. *Contra a Maré à Beira-Mar: A experiência do SUS em Santos*. 2ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

LANE, Silvia e CAMARGO, Denise. Contribuições de Vigotski para o estudo das emoções. In: Lane e Sawaia (orgs). *Novas Veredas em Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense; Educ, 2006. p. 115 – 131.

LAVOR, A. C. H. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. *SANARE*, Sobral, v. 5, n.1, p. 121-128, jan. fev. mar. 2004.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, 1411-1416, set./out., 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: mai. 2012.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSHY, A. Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.63, n.6, p. 900-907, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/05.pdf>>. Acesso em: jun. 2011.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>>. Acesso em: jun. 2011.

MOLON, S. I. *Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky*. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MONTEIRO, M. *Hacer pra transformar: el método em la psicologia comunitária*. 1 ed. Buenos Aires: Paidós, 2006.

NUNES, A. I. B. L.; SILVEIRA, R. N. *Psicologia da aprendizagem: processos, teorias e contextos*. 3 ed. Brasília: Liber Livro, 2011.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: CAMPOS, G. W.S; GUERRERO, A. V. P (Org.). *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 262-272, 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/21415116/Manual-das-Praticas-da-Atencao-Basica>>. Acesso em: mai. 2011.

OLIVEIRA, M. K. O. O Problema da Afetividade em Vygotsky. In: LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M. K.; DANTAS, H. *Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenética em discussão*. 22ª ed. São Paulo: Summus, 1992. p. 75-84.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A. W. G. A Experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 127 – 142.

SILVA, A. J. M. *et al.* Reforma Psiquiátrica: em Fortaleza acontece. *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro, n.46, p. 43-50, maio 2010.

SOARES, M. H. A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [online], v.4, n.2, ago. 2008. Disponível em: < <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v4n2/v4n2a06.pdf> >. Acesso em: jun. 2011

SOMBINI, C. H. A. M. *A Psicologia no Projeto PAIDÉIA, do consultório ao território? Os psicólogos e a política de saúde mental da SMS – Campinas*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas–SP, 2004. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000345685>>. Acesso em: abril de 2011.

SOUSA; F. S. P. *et al.* Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1579-1599, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a20v21n4.pdf>>. Acesso em: 02/03/2012.

SPINK, M. J. P. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 até os dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro: v.9, n.1, p.25-59, 2002.

TÓFOLI, L.F. e FORTES, S. Apoio Matricial de Saúde Mental na atenção primária no Município de Sobral-CE: o relato de uma experiência. *Sanare - Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE*, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2005/2007.

VYGOTSKY, L. S. *A Formação Social da Mente*. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

_____. *Pensamento e linguagem*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. *A Construção do Pensamento e da Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VYGOTSKY e LURIA. A criança e o seu comportamento. In: _____. *Estudos sobre a história do comportamento: o macaco, o primitivo e a criança*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 151 - 235.

VIANA. A. L. A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista individual semi-estruturada com coordenadores de CSF

1- Como acontece o Apoio Matricial em Saúde Mental neste serviço de saúde? Que organização essa atividade pede deste serviço?

2 - Quantos e quais profissionais participam do Apoio Matricial em Saúde Mental neste serviço de saúde?

3 - Para você, o que impulsiona a organização do Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família? E o que prejudica?

4 - Que resultados você atribui ao Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família?

5 - Qual a importância da realização do Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família?

6 - Quais são as orientações da gestão da Prefeitura de Fortaleza para o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família?

APÊNDICE B – Roteiro para os Grupos Focais realizados com apoiadores matriciais e profissionais da Estratégia de Saúde da Família que participam do Apoio Matricial em Saúde Mental nos Centros de Saúde da Família Estudados

- 1- Eu queria que cada um de vocês descrevesse como é o trabalho de Apoio Matricial em SM que vocês fazem?
- 2- Essa ação ela é igual em todos os postos ou existe alguma diferença?
- 3- Se sim, qual e o que vocês imaginam que produza essa diferença?
- 4- Nas regionais pesquisadas não havia uma grande quantidade de postos que acontecesse Apoio Matricial em Saúde Mental há mais de um ano? Existe alguma especificidade na atuação de vocês nesses postos que os diferenciem dos outros?
- 5- Como foi, no início, o processo de cada um de vocês tornarem-se Apoiadores Matriciais?
- 6- Como é para vocês serem apoiadores matriciais? O que mantêm vocês nessa função?
- 7- A partir da prática e da atuação de vocês, o que vocês acham, pensam e sentem sobre essa história de serem apoiadores matriciais?
- 8- Como é trabalhar em conjunto com os profissionais da ESF e com outros profissionais do CAPS no Apoio Matricial? Que impressões e sentimentos vocês possuem em relação ao Apoio matricial em Saúde Mental?
- 9- Como é a relação de vocês com os profissionais dos NASF?
- 10- Vocês percebem algum RESULTADO a partir das ações que vocês desenvolvem como Apoiadores Matriciais.
- 11- Se sim, qual e o porquê disso?
- 12- Na opinião de vocês o que impulsiona e o que prejudica a organização desse processo de trabalho?
- 13- Quais são as orientações da gestão da Prefeitura de Fortaleza sobre a realização do AM em SM?
- 14- Pedir para que cada um fale a sua impressão sobre o grupo focal ao final do encontro.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

Estou realizando uma pesquisa com o título “**Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: Sentidos e Sentimentos dos Profissionais que o Realizam**” que será realizada com gestores de Centros de Saúde da Família (CSF) e de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e com profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de CAPS que realizem a atividade de Apoio Matricial em Saúde Mental na ESF. O objetivo deste estudo é buscar compreender a relação existente entre os sentidos e os sentimentos dos profissionais que realizam o Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família e os resultados alcançados por este na ótica dos profissionais em questão e dos gestores de CAPS e de CSF. Ao longo da pesquisa, caso seja consentido, gravarei todas as informações das entrevistas e dos grupos focais realizados.

As entrevistas e os grupos focais serão realizados em locais que permitam a preservação do sigilo das informações fornecidas por você e que sejam de fácil acesso. A duração de cada entrevista variará de acordo com a sua disponibilidade. Já o grupo focal terá a sua duração definida em conjunto com o grupo participante.

A sua participação nesta pesquisa não traz complicações legais e nem envolve nenhum tipo de pagamento. Você tem a liberdade de se recusar a fazer parte da pesquisa ou de retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade dos participantes.

Garanto, ainda, que as informações a serem aqui obtidas serão usadas apenas para realização desta investigação, e que você terá acesso às informações pesquisadas, sendo assegurada a privacidade dos dados envolvidos na pesquisa e da sua identificação. Após a leitura atenta das informações citadas, estando devidamente ciente e esclarecido sobre tais, sua assinatura neste documento, significa a aceitação em participar desta investigação.

Em caso de dúvida se comunicar com a pesquisadora, Íris Guilherme Bonfim, no telefone (085) 8803-3675 ou pelo e-mail: irisbonfimps@yahoo.com.br. Outras informações podem ser obtidas junto ao Comitê de Ética da UFC pelo telefone (085) 3366-8344.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que possa participar desta pesquisa. Portanto preencha os itens que seguem.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo, de forma livre e esclarecida, em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Fortaleza _____, de _____ de 2011.

Assinatura do informante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE D – Quadro Temático S4 (em CD)

APÊNDICE E – Quadro Temático S5 (em CD)

APÊNDICE F – Quadro Temático S6 (em CD)

APÊNDICE G – Quadro Temático G1 (em CD)

APÊNDICE H - Quadro Temático G2 (em CD)

ANEXOS

ANEXO A – Ofício com aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Ceará